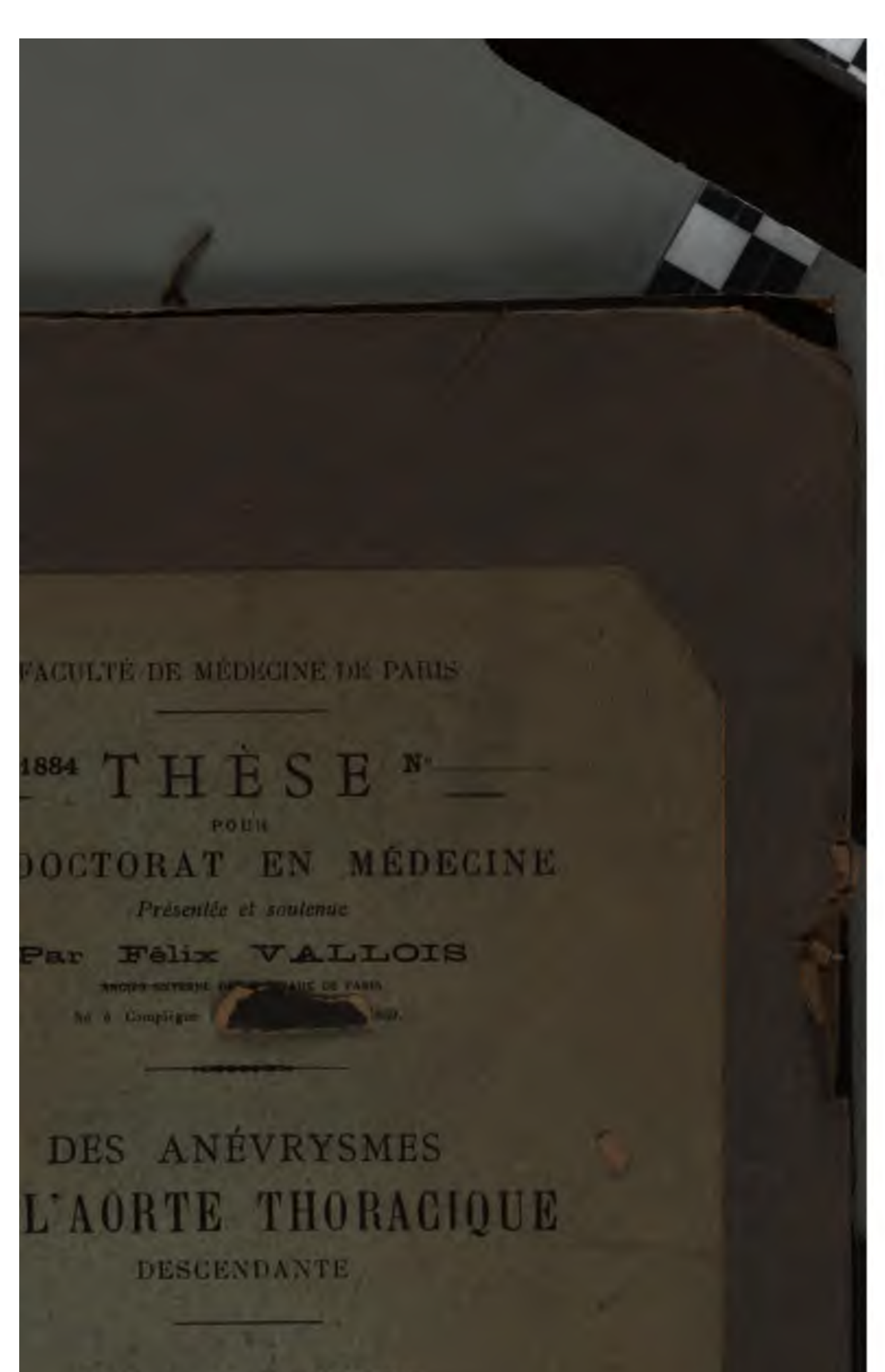


FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1884 THÈSE N°

POUR

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

Par Félix VALLOIS

ANCIEN INTERNE [illegible] DE PARIS

Né à Compiègne [illegible]

DES ANÉVRYSMES
L'AORTE THORACIQUE
DESCENDANTE

Président : M. LABOULBENE.

Juges : MM. LE FORT, Professeur ; HANOT, Agrégé ; RICHELOT, Agrégé ;

ndidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

Par Félix VALLOIS

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Né à Compiègne (Oise), le 29 août 1859.

DES ANÉVRYSMES
DE L'AORTE THORACIQUE
DESCENDANTE

Président : M. LABOULBÈNE

Juges : MM. LE FORT, Professeur ; HANOT, Agrégé ; RICHELOT, Agrégé ;

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE OLLIER-HENRY

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

1884



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen......... M. BÉCLARD.

Professeurs, ...	**MM.**
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER.
Pathologie chirurgicale	DAMASCHINO. GUYON. LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULT.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) HARDY. POTAIN. JACCOUD.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	PAJOT.

DOYENS HONORAIRES : MM. VULPIAN et N...

Professeur honoraire : M. GOSSELIN.

Agrégés en exercice.

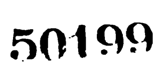
MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GARIEL.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	R CHELOT.
BUDIN.	RANOT.	POUCAET.	RICHET.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert)
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SECOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
	KIRMISSON,	RENDU.	TROISIER.
	LANDOUZY.	REYNIER.	

Sécrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789 l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE



INTRODUCTION

Les anévrysmes de la crosse et de la portion abdominale de l'aorte ont fait l'objet d'un grand nombre de travaux spéciaux ; ceux qui affectent la portion descendante de cette artère méritent également d'être décrits à part, car à côté de symptômes qui leur sont communs avec ceux des portions plus élevées, ils empruntent à leur siège, des signes et une marche particuliers. Les observations en sont rapportées par les auteurs avec d'autant plus de soin que leur constatation tardive vient souvent donner l'explication de symptômes rattachés pendant la vie à tout autre cause, ou d'une mort aussi subite qu'inattendue.

Nous avons réuni les principaux faits de cet ordre en cherchant à les grouper pour en tirer quelques conclusions ayant trait à leurs signes spéciaux, à leur marche et à leur diagnostic.

A M. le docteur Ollivier nous sommes redevable du sujet de cette étude, et de précieuses indications qui nous ont aidé à l'accomplir ; nous le prions d'agréer l'expression de nos plus sincères remercîments. Nous adressons également l'hommage de notre profonde reconnaissance à M. le professeur Laboulbène qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, et à nos maîtres dans les hôpitaux, M. le docteur Desnos, M. le professeur Le Fort (externat 1881), M. le docteur Rendu (externat 1882), M. le docteur Millard (externat 1884).

DES ANÉVRYSMES

DE L'AORTE THORACIQUE

DESCENDANTE

DÉFINITION. — DIVISIONS

En anatomie descriptive, on distingue à l'aorte trois parties : une partie supérieure ou crosse de l'aorte, une partie moyenne ou thoracique, une partie inférieure ou abdominale. La portion thoracique a pour limite supérieure : en arrière, le corps de la quatrième vertèbre dorsale, en avant la bronche gauche qui la croise à angle droit ; et pour limite inférieure, l'anneau fibreux du diaphragme. Située tout entière dans la cavité thoracique, elle occupe la partie la plus reculée de cette cloison médiane, connue sous le nom de médiastin, qui

divise la poitrine en deux loges à peu près symétriques. Les rapports immédiats qu'elle affecte avec les nombreux organes qui y sont contenus ou la limitent sont de la plus haute importance dans l'étude d'une affection qui n'a le plus souvent, et pendant fort longtemps, que des symptômes d'emprunt, trahissant les lésions que la tumeur anévrysmale détermine autour d'elle.

Les pathologistes comprennent souvent sous le nom d'aorte thoracique toute la portion de l'aorte qui est située dans la cavité du même nom, et se divise elle-même en portion ascendante, transversale et descendante. C'est à la partie descendante de l'aorte thoracique que nous nous sommes proposé de limiter cette étude.

ÉTIOLOGIE

Les anévrysmes de la portion descendante de l'aorte thoracique reconnaissent les mêmes causes que ceux développés spontanément sur les autres portions de l'artère ; nous nous bornerons donc à les résumer.

La condition fondamentale du développement des anévrysmes est l'affaiblissement des parois du vaisseau, par le développement des lésions de l'artérite, de la dégénérescence athéromateuse ou calcaire. Aussi pour connaître leurs causes, faut-il se reporter à ce que l'on sait de l'étiologie de ces lésions des parois artérielles.

D'après M. Lancereaux, les diverses phlegmasies artérielles n'exposent pas également aux formations anévrysmales, et les plus généralisées sont à cet égard les moins redoutables. On peut formuler comme une loi la proposition suivante : L'anévrysme est d'autant plus fréquent que l'artérite est plus circonscrite (1).

Une cause interne générale préside au développement de l'endartérite, et cette lésion n'est souvent qu'une manifes-

(1) Lancereaux. — Etiologie et pathogénie des Anévrysmes. *Journal des Connaissances médicales*, 30 juin 1881.

tation d'un état diathésique héréditaire ou acquis. La syphilis, la tuberculose, l'impaludisme (1) étant pour M. Lancereaux, la cause ordinaire de cette lésion, amènent par cela même le plus souvent la formation des anévrysmes.

La relation pathogénique de certains anévrysmes avec la syphilis, question des plus controversées jusqu'à ces dernières années, est amplement légitimée par de récents travaux sur la syphilose artérielle.

« Il est acquis aujourd'hui que la syphilis détermine fréquemment sur le système artériel des lésions diverses, se caractérisant à l'origine par une prolifération cellulaire plus ou moins abondante qui se dépose dans les tuniques vasculaires, et aboutissant plus tard à la dégénérescence scléreuse ou gommeuse (2) ».

Les lésions syphilitiques des artères ont été surtout étudiées dans les vaisseaux de l'encéphale. Mais c'est aux médecins anglais qu'on doit la connaissance des faits les plus importants en ce qui concerne l'anévrysme de l'aorte. A en croire les Anglais, la syphilis serait la principale cause des anévrysmes chez les marins, les soldats; elle agirait dans plus de la moitié des cas.

Welch (3), dans l'armée anglaise a trouvé chez les soldats une altération fibroïde des parois de l'aorte, qui occupe surtout la tunique interne du vaisseau. Cette altération peut n'avoir aucune conséquence grave, mais plus profonde et plus étendue, elle aboutit à l'une des trois lésions suivantes : anévrysme de l'aorte, insuffisance aortique, hypertrophie cardiaque. C'est la syphilis qu'il met en cause.

(1) Lancereaux. — Loc. cit.
(2) Fournier. — Société médicale des Hôpitaux, 1879.
(3) Welch. — Aortic aneurism in the army. *Lancet*, novembre 1875.

M. Lancereaux considère comme vraie cette proposition des Anglais en ce qui concerne les anévrysmes des artères cérébrales, mais elle ne l'est pas quand il s'agit de ceux des grosses artères.

M. Fournier considère également la relation comme démontrée par un assez grand nombre d'observations, mais « plus réservé, ajoute-t-il, et m'en tenant aux faits d'observation bien authentiques, je me bornerai à dire que la syphilis doit assurément prendre place dans l'étiologie de l'anévrysme, mais qu'elle doit y prendre place pour une proportion numérique encore inconnue, que des recherches ultérieures pourront seules déterminer. » (Société médicale, 1879.)

Le véritable motif de la fréquence des anévrysmes dans l'armée anglaise serait, d'après M. Lancereaux, l'intoxication palustre, encore plus répandue parmi les hommes que la syphilis.

Myers (*Of the etiology and prevalences of diseases of the heart among soldiers*. London 1870.) l'attribue à des causes mécaniques : étroitesse des uniformes, ceinturon, équipement gênant le cours du sang et augmentant la tension sanguine.

Les relations pathogéniques entre les anévrysmes et la tuberculose sont loin d'être déterminées ; Stockes avance que la coexistence de cette diathèse et de l'anévrysme aortique est chose fréquente. Le docteur Füller, relevant les cas d'anévrysme de l'aorte publiés en Angleterre et dans les autres pays, conclut à la rareté de la coexistence de la tuberculose avec les anévrysmes de l'aorte thoracique.

M. Victor Hanot (1), étudiant cette question du rapport

(1) Victor Hanot. — Du Rapport entre les Anévrysmes de la crosse de l'aorte et la Pneumonie caséeuse. *Archives générales de Médecine*, 1876.

entre les anévrysmes de la crosse de l'aorte et la pneumonie caséeuse, a établi qu'il avait pour intermédiaire des modifications survenues dans les vaisseaux et les nerfs affectés à la nutrition du poumon. C'est donc une question de siège, parmi les anévrysmes thoraciques, certains anévrysmes de la crosse aortique peuvent seuls entraîner ces modifications. Quant à la question du rapport entre la phthisie pulmonaire et la disposition des anévrysmes en général, ajoute M. Hanot, il y a longtemps qu'elle a été résolue par la négative.

Cependant l'incompatibilité n'est plus admise aujourd'hui. M. Lancereaux range la tuberculose parmi les causes de l'artérite circonscrite, et par suite des anévrysmes spontanés, mais avec une prédisposition spéciale pour les divisions de l'artère pulmonaire.

La lésion artérielle est souvent liée au rhumatisme ou à la goutte, même chez ceux dont les ascendants seuls ont subi les atteintes de l'une ou de l'autre de ces maladies; dans de semblables conditions, on comprend aisément le rôle que peut jouer l'hérédité. Signalons également l'intoxication saturnine.

Quant à l'alcoolisme, plusieurs auteurs, dit M. Lancereaux, l'accusent d'être une cause de formation anévrysmale; cette intoxication ne donne pas lieu à l'artérite, et nous le répétons, en nous appuyant sur des recherches personnelles extrêmement nombreuses, que l'alcool ne joue aucun rôle dans la genèse des anévrysmes (1).

L'âge joue un rôle important; les tableaux dressés par Lisfranc, Crisp et autres auteurs, nous apprennent que la grande fréquence de ces lésions est de 30 à 50 ans; c'est précisément l'âge où se rencontrent les artérites circonscrites

(1) LANCEREAUX. — *Loc. cit.*

et les artérites en plaques, tandis que l'artérite généralisée survient beaucoup plus tardivement.

L'affection est quatre ou cinq fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Cependant, d'après les recherches de MM. Bizot et Louis, les altérations chroniques des parois de l'aorte sont également fréquentes dans les deux sexes. Ce serait donc aux fatigues et aux excès qu'il faudrait attribuer cette différence.

Enfin la race anglo-saxonne est particulièrement prédisposée aux anévrysmes, qui sont relativement rares en Allemagne, en Italie et en Suisse (Lebert).

Le rôle des causes occasionnelles a été diversement apprécié par les auteurs ; beaucoup parmi eux pensent qu'elles ne peuvent avoir d'action que si l'artère est déjà malade. On a incriminé les contusions du thorax, les chutes violentes, les efforts répétés, les émotions morales vives, etc.

Nous avons vu que les médecins anglais attribuaient une influence considérable aux causes mécaniques dans le développement des anévrysmes chez les soldats. Les professions agissent surtout par les efforts répétés qu'elles exigent ; Morgagni n'avait, dit-il, peut-être vu sur aucune classe d'homme des anévrysmes de l'aorte plus fréquemment que sur les postillons, sur les courriers, et sur ceux qui sont presque continuellement à cheval.

Obs. I. — George Grenn rapporte le cas suivant d'anévrysme de l'aorte thoracique succédant à un traumatisme.

Une jeune femme de 17 ans fit une chute dans laquelle le dos porta contre la rampe d'un escalier. Depuis, persistance de douleurs au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales ; toux avec constriction de la poitrine ; dyspnée, puis dysphagie. Respiration faible dans le poumon gauche.

Plus tard on constate dans la région interscapulaire, à gauche de la colonne vertébrale, une impulsion bien marquée, accompagnée de bruit de soufflet; frémissement au même niveau. Double impulsion très forte au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire gauche, avec deux bruits distincts et un bruit de soufflet sonore.

La malade mourut par dyspnée croissante.

A l'autopsie, on trouva une tumeur anévrysmale naissant de la portion descendante de la crosse de l'aorte, dans le point où elle est en contact avec la bronche gauche, se dirigeant transversalement au devant des vertèbres de gauche à droite. La tumeur, du volume d'une petite orange, avait usé le corps des troisième et quatrième vertèbres dorsales formant la paroi postérieure de la poche. Compression de la bronche gauche. L'œsophage passait au-devant de la tumeur. (*Archives de médecine*, 1835, t. VIII.)

Le fait suivant a trait à un anévrysme succédant à une plaie pénétrante de poitrine par armes à feu.

OBS. II. — GLUCK, *Arch. für Klin. Chirurgie.* Band XXVIII, fasc. 3, 1882.

Il s'agit d'un homme qui se tira un coup de révolver au niveau de la région cardiaque. La balle pénétra au niveau du bord inférieur de la sixième côte, au-dessous et en dehors du mamelon. Tumeur sanguine considérable ayant refoulé le cœur à droite. Deux ponctions. Résection costale. Quelques semaines plus tard, pleuro-pneumonie et mort. L'autopsie montra la présence d'un anévrysme siégeant sur la partie latérale gauche de l'aorte thoracique. (*Revue des sciences médicales*, 1883, t. XXII.)

Quant à la fréquence relative des anévrysmes sur les

diverses portions de l'aorte, on a voulu préciser par la comparaison d'un grand nombre de faits.

Les relevés de Crisp donnent les chiffres suivants : aorte ascendante, 98 cas ; crosse de l'aorte, 48 ; aorte descendante, 21 ; aorte abdominale, 59.

Ceux de Lebert : aorte ascendante, 24 ; crosse de l'aorte, 27 ; aorte descendante, 9 ; aorte abdominale, 9.

Enfin la statistique de Lutôn : crosse, 46 ; aorte thoracique, 19 ; aorte abdominale, 21.

Cette répartition correspond aux localisations habituelles des lésions athéromateuses. Les deux extrémités de l'aorte, sa portion ascendante, et celle qui précède immédiatement sa bifurcation y sont spécialement exposées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La classification des auteurs, basée sur l'état anatomique du sac anévrysmal, comprenait les formes suivantes : l'anévrysme vrai, formé par la dilatation des trois tuniques; l'anévrysme mixte externe, formé par la tunique externe seule, les deux autres étant rompues; l'anévrysme mixte interne présentant deux variétés : suivant qu'il est formé par la tunique interne, les deux autres étant rompues ; ou bien que la tunique moyenne étant seule rompue, la tunique interne fait hernie à travers, et se soude à la tunique externe, c'est l'anévrysme herniaire; l'anévrysme faux consécutif, dans laquelle la poche anévrysmale, détruite en certains points, est remplacée par le tissu conjonctif perivasculaire ou par un organe voisin de l'artère; l'anévrysme disséquant, le sang s'introduit dans l'épaisseur de la tunique moyenne; l'anévrysme diffus, succédant à la rupture de l'anévrysme circonscrit dans le tissu cellulaire.

De ces formes, celles qu'on trouve signalées le plus souvent sur l'aorte descendante sont : l'anévrysme faux consécutif, l'anévrysme herniaire, et enfin l'anévrysme vrai. L'anévrysme faux, dit Laënnec, se développe le plus souvent dans la portion descendante de l'aorte, comme l'anévrysme vrai dans sa portion ascendante.

« Les données anatomiques sur lesquelles repose cette classification sont fausses. Les anévrysmes spontanés se développent sur des artères qui sont depuis longtemps le siège des lésions inflammatoires. Au point de vue histologique, leur poche est constituée par la tunique interne et la tunique externe modifiées par l'inflammation ; la tunique moyenne ayant disparu en totalité ou en partie. (1) »

A ces distinctions théoriques on a substitué une division reposant sur la configuration du sac et son rapport avec l'artère. Il peut en effet être placé sur le trajet même du vaisseau ou sur le côté. Dans le premier cas l'anévrysme résulte de la dilatation périphérique d'un segment plus ou moins étendu du vaisseau ; il présente deux orifices. Il est dit fusiforme, cylindroïde, circonférentiel. La circonférence entière du vaisseau, ou seulement une partie de cette circonférence est le siège de cette dilatation, d'où des formes multiples ; la dilatation occupe-t-elle toute la circonférence, l'anévrysme est ovoïde ou sphéroïdal ; est-elle limitée à une partie, il se présente sous l'aspect d'un renflement hémisphérique. Des bosselures viennent souvent le déformer.

Quand le sac naît d'un point très circonscrit de l'artère, et communique par un orifice plus ou moins étroit, l'anévrysme est dit latéral, sacciforme. Parfois la communication est établie entre l'artère et le sac par un collet rétréci faisant office de pédicule ; cette disposition, décrite par Cruveilher sous le nom d'anévrysme sous l'aspect de poche à collet, n'est pas rare sur l'aorte descendante.

Nous ne ferons que signaler les anévrysmes kystogéniques ou cupuliformes ; leur siège habituel étant à l'origine de l'aorte.

(1) Cornil et Ranvier. — Histologie pathologique, 1885.



Ils semblent formés par un foyer athéromateux ouvert et distendu.

L'anévrysme disséquant est une rareté sur l'aorte descendante. Peacock, sur 35 cas, l'a constaté seulement deux fois sur le trajet de l'aorte thoracique. Mais dans nombre de cas, la dissection qui a son point de départ à l'origine de l'artère, occupe la plus grande partie de son trajet. (Obs. XI.)

Les anévrysmes de l'aorte descendante ont souvent leur point de départ sur la paroi postérieure de l'artère, c'est en effet la localisation habituelle de l'athérôme sur ce vaisseau, quelquefois sur la partie latérale, plus rarement en avant. Dans le premier cas, le sac, placé entre l'artère et la colonne vertébrale, détermine de ce côté des lésions rapides et profondes.

Cruveilher (1) rapporte le fait d'un anévrysme latéral très considérable de l'aorte thoracique, né de la paroi postérieure de cette artère, et communiquant par un orifice très étroit; le sac était comprimé entre les vertèbres et l'artère, celle-ci étant en quelque sorte à cheval sur la poche anévrysmale, d'où aplatissement de cette artère et une gêne considérable dans sa circulation. Si le malade avait vécu, il n'eut pas été impossible que la poche anévrysmale se fut ouverte dans l'aorte ; car cette poche, usée complètement dans la longueur de trois centimètres, n'avait pour paroi à ce niveau que la paroi postérieure de l'artère dont la tunique cellulaire commençait elle-même à être entamée.

Le siège de prédilection des anévrysmes sur l'aorte thoracique est à son origine, au point où l'aorte se recourbant pour devenir descendante est croisée en avant par la bronche gauche, à peu de distance au-dessous de l'origine de la

(1) Cruveilher. — Anatomie pathologique, t. 2.

sous-clavière gauche. La dilatation intéresse assez souvent la dernière portion de la crosse. Parfois une dilatation fusiforme s'étend à tout le trajet de l'aorte thoracique, de la quatrième vertèbre dorsale à l'orifice aortique du diaphragme. Cette limite inférieure est le plus souvent respectée; quelquefois cependant la dilatation atteint la partie la plus élevée de l'aorte abdominale.

Les dimensions sont extrêmement variables; certains anévrysmes sacciformes peuvent acquérir le volume d'une tête de fœtus, ou même d'adulte. Quand la poche a pris ces dimensions considérables, elle a ordinairement contracté des adhérences solides avec les organes voisins qui servent à la renforcer et même à la remplacer; disposition qui répond à l'anévrysme faux consécutif.

La poche est souvent irrégulière; elle présente deux ou plusieurs lobes développés dans des directions différentes, ou de simples bosselures formant des diverticulum, s'expliquant par l'inégalité d'épaisseur des parois, les résistances variables qu'elle rencontre dans son développement. Assez souvent la tumeur étant bilobée, une partie fait saillie à droite, l'autre à gauche; ou bien un lobe s'est développé dans la cavité thoracique, l'autre a perforé ses parois pour proéminer à l'extérieur.

La disposition de l'orifice, les modifications de structure du sac, les transformations qu'il subit du fait de l'inflammation, la dégénérescence graisseuse, l'incrustation calcaire, la formation de caillots fibrineux, stratifiés, résistants, surtout fréquente dans les anévrysmes sacciformes, plus rare dans les anévrysmes fusiformes, ne présentent rien de particulier à signaler.

Les modifications que la tumeur, en augmentant de volume, fait éprouver aux parties voisines, constituent au con-

traire un des points les plus intéressants de l'histoire de ces anévrysmes. Ces modifications peuvent consister seulement dans les déplacements, le refoulement, la compression, amenant des désordres fonctionnels ; mais, le plus souvent, il se produit des lésions matérielles. Les conduits, les organes voisins irrités, modifiés dans leur vitalité finissent par se souder aux parois du sac ; ils le renforcent et s'opposent plus ou moins longtemps à sa rupture.

C'est surtout à raison de sa position, de la direction qu'il affecte, de la rapidité de son développement, que l'anévrysme produit des désordres plus ou moins rapides ou profonds. Un sac très peu volumineux développé au niveau de la bronche gauche, ou comprimant l'œsophage, le pneumo-gastrique, détermine généralement des symptômes précoces et peut amener rapidement la mort. Un sac volumineux occupant une grande étendue de la cavité thoracique gauche, et ayant refoulé lentement le poumon pourra rester latent fort longtemps.

Lésions osseuses. — Les lésions du rachis sont presque constantes dans les anévrysmes de l'aorte descendante, mais elles diffèrent d'étendue. Tantôt il y a seulement érosion superficielle, la poche anévrysmale reste entière, l'adhérence est plus intime. Plus souvent le travail est plus avancé, les corps vertébraux se sont laissé ronger profondément, ils présentent une anfractuosité dans laquelle se loge une partie de l'anévrysme. La poche a disparu au même niveau, mais sur les limites de l'érosion elle adhère intimement à l'os. Les cartilages inter-vertébraux plus résistants se dessinent sur cette paroi postérieure en crêtes saillantes transversales. Le sang baigne immédiatement la substance osseuse. L'altération peut être arrivée au point qu'une mince lame de tissu spongieux, en-

flammé et friable, sépare seule le contenu de l'anévrysme du canal rachidien ; il suffit d'un stylet pour la perforer.

L'érosion des vertèbres est toujours plus prononcée du côté gauche, c'est la direction dans laquelle proémine la tumeur. Elle peut s'accompagner de déviation de l'axe du rachis soit latérale, soit antéro-postérieure. Dans la déviation latérale, la convexité est tournée vers la droite; la déviation antéro-postérieure peut être angulaire comme dans le mal de Pott, (Ob. XIII.)

Quand, dans son extension croissante, l'anévrysme s'est rapproché des parois thoraciques, tendant à les perforer pour faire saillie à l'extérieur, la même destruction s'observe sur les côtes à leur extrémité vertébrale, les articulations costo-vertébrales, les apophyses transverses. L'anévrysme en se frayant sa voie détermine les déviations, l'usure, les fractures et les luxations. On voit parfois les extrémités des fragments costaux faisant saillie dans la cavité anévrysmale.

Ces altérations étant en rapport avec le siège de la tumeur, c'est sur les quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales qu'on les rencontre le plus souvent. Exceptionnellement, quand la tumeur proémine en avant, ce qui est quelquefois le cas si elle s'est développée à l'origine de l'aorte descendante, le sternum peut être lésé.

Le mécanisme de ces altérations osseuses a été diversement expliqué par les auteurs. L'os semble en effet avoir été corrodé, en quelque sorte, à la manière d'un corps inorganique, sans réagir. On ne rencontre aux limites de la lésion aucune trace d'inflammation, de travail de formation et d'élimination ; l'érosion se produit sans pus, sans détritus osseux. La paroi artérielle ayant disparu, la colonne sanguine frappe à nu le corps des vertèbres; le plus souvent il n'existe pas même de caillots en ce point.

Les auteurs anciens l'attribuaient à un pouvoir dissolvant chimique dont ils douaient le sang. (Morgagni, Lancisi.)

Hodgson rattache la destruction des os à un travail d'absorption interstitielle qui s'opère dans les parties voisines de l'anévrysme sous l'influence de la pression et du choc ; opinion partagée par Scarpa, Hunter, et un très grand nombre d'auteurs.

Pour Corvisart et pour Laënnec, elle résulte d'une sorte d'usure qui s'explique par une action purement mécanique.

MM. Cornil et Ranvier, rejetant formellement la théorie de l'usure mécanique, attribuent à un processus vital la disparition de l'os. L'action mécanique n'agit ici que pour déterminer l'inflammation, et c'est sous l'influence de celle-ci que l'os se résorbe.

L'intégrité souvent complète des fibro-cartilages intervertébraux a été notée par tous les auteurs. D'après eux, c'est à son élasticité et à sa vitalité moindre que le cartilage doit de résister si bien à un travail d'absorption ou d'ulcération. Laënnec voit là un fait propre à prouver que la corrosion de la substance osseuse se fait par une véritable usure. « On sait, dit-il, qu'en général le frottement des liquides use moins vite le cuir que le bois et que d'autres corps plus solides. » (1)

Quand les lésions vertébrales sont très profondes, l'ouverture du canal rachidien peut en être la conséquence ; accident rare dont Laënnec n'avait observé qu'un cas, celui qui a été publié dans la *Revue Médicale* de 1825 (Obs. XV).

Le docteur Chandler a publié un cas analogue, la préparation en est conservée dans le Musée de Hunter.

(1) Laennec. — Traité de l'auscultation médiate.

Les Bulletins de la Société anatomique (1841) contiennent une observation d'anévrysme de l'Aorte pectorale descendante, avec paraplégie par compression de la moelle (Obs. XIV).

Le professeur Andral a présenté à l'Académie de médecine un anévrysme de l'aorte thoracique avec prolongement dans le canal vertébral ouvert. Paraplégie pendant trois mois. Mort brusque. (*Archives de Médecine.* 1854). (Obs. XVI).

Leach. (*Med. Times and gazette* 1868, t. II) rapporte l'observation d'un malade atteint de paraplégie.

Scheele (Berlin, Klin, Wochenschrit, Août 1878) a observé un cas de paraplégie brusque suivie de mort rapide. (Obs. XVII).

Tantôt la poche anévrysmale est close de toutes parts, et quand l'ouverture du canal rachidien a lieu, la dure-mère mise à nu s'enflamme, devient adhérente au sac. Consécutivement la moelle peut être enflammée et comprimée.

Tantôt la paroi du sac fait défaut du côté des vertèbres érodées; l'irruption du sang dans les méninges est alors la conséquence fatale de la communication du canal rachidien avec la poche anévrysmale. Le malade succombe rapidement aux accidents d'hématorachis.

Lésions de l'Œsophage.— Les modifications que produit l'anévrysme du côté de l'œsophage peuvent consister en un simple refoulement du conduit par la tumeur, en une compression, qu'il est souvent difficile d'apprécier à l'autopsie, en adhérences étroites. Une dysphagie prolongée peut en être la conséquence. Les lésions de tissu, qui ont pour aboutissant fréquent la perforation, ont été rattachées à différents processus. On peut constater des lésions à différents degrés : l'inflammation, déterminée par la pression de la poche anévrysmale, s'étend à toute l'épaisseur des parois, amenant le ramollissement et préparant la rupture (Cornil et Ranvier).

Souvent on trouve à la surface interne des plaques ecchymotiques ; ou bien une gangrène étendue à un segment plus ou moins considérable, limitée à la muqueuse, ou intéressant les autres couches. Quand une perforation se produit, elle est habituellement assez large, nettement circonscrite par un bord circulaire, comme il arrive à la suite d'une escharre. La muqueuse, au pourtour, est pigmentée. Le sac, ou plus souvent les caillots, font saillie dans la cavité du conduit, obturant plus ou moins complètement l'orifice de communication, et prévenant, pour un temps, l'hémorrhagie mortelle qui résulte de leur déplacement.

Mondière (1) admet un amincissement progressif des parois œsophagiennes, une usure sans travail inflammatoire. Lebert, qui partage cette opinion, admet de même que le travail qui prépare la perforation s'opère de dehors en dedans.

L'opinion plus généralement admise est celle de la gangrène ; c'est celle qui est indiquée classiquement pour les anévrysmes qui se portent vers la peau ou vers les muqueuses. On l'oppose à la déchirure qui s'observe sur les membranes séreuses. Elle a été soutenue par M. Millard (2) et par M. Leudet (3).

Les faits réunis par M. Leudet l'ont amené à conclure que les anévrysmes de l'aorte peuvent occasionner la gangrène d'une partie plus ou moins étendue de l'œsophage, et que cette gangrène peut être suivie dans toutes ses phases, depuis le sphacèle jusqu'au détachement partiel de l'escharre et à la

(1) Mondière. — Maladies de l'œsophage. *Archives générales de Médecine*, 1833.

(2) Millard. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1861.

(3) Leudet. — *Mémoires de la Société de Biologie*, 1863.

perforation. La paroi interne de l'œsophage peut être sphacelée, les couches externes demeurant intactes, mais l'usure de dehors en dedans, la perforation par phlegmasie ne sont pas démontrées.

M. Leudet a exposé plusieurs faits d'ulcérations et de plaques gangréneuses siégeant sur la face interne de l'œsophage, et quelquefois même de la trachée, insistant sur l'absence d'adhérences étroites du canal alimentaire avec la tumeur anévrysmale, mais il n'en n'a point donné d'explication.

M. Hanot (1) a émis une dernière hypothèse pour expliquer ces faits où la compression ne peut être invoquée, celle de troubles trophiques dus à une irritation suffisante et assez longtemps prolongée du nerf pneumogastrique par le sac anévrysmal.

Du fait de la compression exercée par l'anévrysme, une communication anormale peut s'établir entre l'œsophage et la bronche, résultant de l'inflammation ou de la gangrène des deux conduits au point adhérent. (Obs. XXI.)

Lésions de l'appareil respiratoire. — La bronche gauche devient très rapidement adhérente au sac ; elle peut être comprimée au point que le rétrécissement mette un obstacle presque complet à l'entrée de l'air dans le poumon.

D'après le travail de M. Ordonneau (2), la communication anormale entre le sac anévrysmal et la bronche peut reconnaître les processus suivants : inflammation ulcérative de la muqueuse gagnant rapidement en profondeur, détruisant les tissus à l'exception des cartilages qui résistent plus longtemps; plus rarement, gangrène d'abord limitée à la trachée,

(1) Victor HANOT. — *Arch. gén. de Médecine*. 1876.
(2) ORDONNEAU. — *Th: de Paris*, 1875.

la perforation résulte de la chute de l'escharre ; enfin, déchirure de la paroi du conduit aérien par la pression qu'exerce l'anévrysme. Les caillots obturant la perforation peuvent mettre un obstacle plus ou moins complet et plus ou moins durable à l'hémoptysie.

Les anévrysmes, développés au point où l'aorte, se recourbant pour devenir descendante, contourne la bronche gauche, produisent rapidement ces lésions. La rupture dans les voies aériennes est une terminaison plus fréquente des anévrysmes développés à la concavité de la crosse, qu'àl 'origine de la portion descendante.

La compression de la branche gauche de l'artère pulmonaire, du pneumogastrique, appartient surtout aux anévrysmes de la crosse. Ce sont eux qui déterminent les lésions profondes du parenchyme pulmonaire : pneumonie chronique, cirrhose pulmonaire, pneumonie caséeuse, observées dans les cas où les organes du hile : bronche, artère pulmonaire, filets du pneumogastrique étaient intéressés. L'anévrysme situé à l'origine de la portion descendante peut parfois produire les mêmes désordres. « D'éminents auteurs (1) tels que Stokes, Habershon, Hérard et Cornil, Bucquoy établissent un rapport de cause à effet entre l'anévrysme et les effets pulmonaires; ils subordonnent pour la plupart ces lésions à la compression du nerf pneumogastrique par le sac anévrysmal. Ce serait de véritables troubles trophiques pulmonaires d'origine nerveuse, préparés par une diathése antérieure. Dans certaines observations, le trait d'union s'explique plus aisément ; l'anévrysme comprime l'artère pulmonaire, et, en pareil cas, le rétrécissement de cette artère,

(1) Victor Hanot. — Du rapport entre les Anévrysmes de la crosse de l'aorte et la Pneumonie caséeuse. (*Arch. gén. de Médecine*, 1876.)

comme il arrive ordinairement, pourra s'accompagner de pneumonie caséeuse ».

D'autres lésions plus fréquentes sont la conséquence de l'action directe de la tumeur sur le poumon. Elles consistent dans la compression amenant une gêne notable dans son fonctionnement, d'autant plus prononcée que le volume de la tumeur est plus considérable. Parfois la poche anévrysmale est enchatonnée par le tissu pulmonaire qui se moule sur elle de tous côtés; l'anévrysme s'est comme creusé un nid dans le poumon.

L'inflammation détermine des adhérences; la paroi anévrysmale peut disparaître à ce niveau et se trouver remplacée par le tissu pulmonaire condensé et induré.

Cependant le sang peut faire irruption dans l'épaisseur du parenchyme, et, à l'autopsie, on constate les traces d'apoplexie pulmonaire, des déchirures étendues, des anfractuosités contenant du sang liquide et des caillots, et en communication avec les parties anévrysmales.

Comme conséquence de ces désordres, on observe l'atélectasie du poumon, qui est affaissé et ne crépite plus, parfois même se trouve réduit à une mince lamelle de tissu anémié et privé d'air; la congestion, la pneumonie attribuées aux troubles d'innervation; l'apoplexie pulmonaire. Les lésions, coexistantes dans certains cas, sont l'emphysème, la bronchite chronique, plus rarement la tuberculose, la dilatation des bronches, la pneumonie chronique. (Obs. X et XI).

Les feuillets de la plèvre pariétale, refoulés par la tumeur, deviennent adhérents et contribuent à renforcer ses parois. Mais l'inflammation de la plèvre au point adhérent s'ajoute à celle du sac pour ramollir le tissu et préparer une rupture. C'est une déchirure qui se produit au point le moins résistant, sous l'influence de l'accroissement continu ou d'une distension brusque de la tumeur.

C'est dans la plèvre gauche que s'ouvrent le plus souvent les anévrysmes de l'aorte descendante; l'ouverture dans la plèvre droite est exceptionnelle. Nous avons recueilli seize observations du premier mode de terminaison, et trois seulement du second.

Le sang qui s'épanche dans la plèvre se prend en caillots avec une extrême rapidité, ainsi que l'ont démontré les expériences de Trousseau et de Leblanc; par suite, le caillot est homogène. Plus tard, la sérosité s'échappe, entraînant un grand nombre de globules, les caillots gagnent les parties déclives en vertu de leur densité.

La rupture de la poche anévrysmale a des dimensions et un siège variables. Parfois elle se produit sur les limites des adhérences unissant la poche aux organes voisins : poumon gauche, vertèbres érodées, etc. Les conditions d'hémostase étant nulles, et la déchirure généralement étendue, une quantité de sang suffisante pour déterminer la mort subite ou au moins très rapide, s'épanche presque toujours immédiatement dans la plèvre.

Lésions de l'appareil circulatoire. — Dans les relevés statistiques de Crisp, la terminaison de l'anévrysme de l'aorte descendante par ouverture dans le péricarde est signalée quatre fois. Nous n'avons relevé aucun exemple de communication semblable. Dans les 47 faits d'anévrysmes ouverts dans le péricarde, réunis par M. Godard (1), le siège de la lésion était toujours à l'origine de l'aorte.

Le péricarde peut cependant être enflammé par voisinage, devenir le siège d'adhérences et d'épanchement.

Quand l'anévrysme se trouve placé en arrière du cœur, il

(1) Godard. — Etude sur les Anévrysmes de l'aorte ouverts dans le péricarde. *Thèse de Paris*, 1880.

le refoule en avant et à droite ; l'abaissement, la déviation a gauche s'observent plus rarement que dans les anévrysmes des portions ascendante et transverse.

L'hypertrophie cardiaque, les lésions valvulaires, liées à l'endocardite chronique, occupant surtout l'orifice aortique, les altérations diverses dues à l'athérome occupant l'aorte et les artères périphériques, etc., s'observent au même titre que dans les autres anévrysmes.

Des caillots partis du sac peuvent former des embolies, amenant des oblitérations artérielles (Obs. XVIII•).

Une thrombose peut oblitérer l'origine des artères voisines du sac.

Enfin, dans de nombreuses observations, on a signalé la coexistence d'anévrysmes en d'autres points.

M. Gérin-Roze a présenté en 1870 à la Société médicaledes hôpitaux, au nom de M. Dujardin-Beaumetz, une pièce provenant d'un malade porteur de trois anévrysmes : le premier, du volume d'un œuf, siégeait sur la partie antérieure de la crosse de l'aorte; le second, du volume du poing, occupait la partie postérieure de la crosse aortique et comprimait l'œsophage au point d'opposer un obstacle infranchissable au passage des aliments; le malade mourut littéralement de faim; la troisième poche siégeait sur l'aorte descendante au voisinage du diaphragme.

Le docteur I.-J. Morse (*Pacific med. and surgic. journ. 1868)* donne l'observation d'un anévrysme étendu de la deuxième vertèbre dorsale à la deuxième lombaire, et se divisant en trois poches distinctes sacciformes *(Gaz. hebdom. 1869)*.

Le nerf phrénique est trop éloigné pour être atteint; le récurrent ne l'est qu'exceptionnellement. Le cordon gauche du grand sympathique, situé en avant des articulations costo-

vertébrales, doit être assez souvent lésé, mais les troubles consécutifs ont été peu étudiés.

Les pneumogastriques, le gauche surtout, peuvent être comprimés et tiraillés dans une grande étendue de leur trajet; on tend à considérer comme troubles trophiques, consécutifs à ces irritations, certaines lésions observées du poumon, de l'œsophage, etc.

La compression du canal thoracique peut-elle être la cause de la dilatation des vaisseaux lymphatiques?

Laënnec avait vu une fois un anévrysme faux consécutif de l'aorte descendante qui avait comprimé et détruit le canal thoracique, et produit l'engorgement de tous les vaisseaux lactés. (*Journal de médecine*, par MM. Corvisart, Boyer, Leroux, t. XII.)

Morgagni cite, d'après Valsalva, une observation analogue (Obs. XX[e]).

Turner a observé deux cas d'anévrysmes de l'aorte descendante, avec compression du canal thoracique et dilatation des vaisseaux afférents.

Cette dilatation est donc possible, mais elle n'est pas fatale, et les conséquences qui la déterminent sont encore obscures. Des exemples multipliés d'oblitération et de compression du canal thoracique, des expériences dans lesquelles le canal a été lié sur des animaux, ne confirment point cette assertion qu'il en résulte une dilatation des vaisseaux lymphatiques correspondants (1). Le cours de la lymphe pouvant être rétabli par de nombreuses voies anastomotiques.

La veine azygos, destinée à ramener au cœur le sang provenant des parois du tronc, constitue entre les deux veines

(1) Potain. — Système lymphatique (pathologie). *Art. in Dict. Encyclop. des Sc. Medic.*

caves une grande anastomose par laquelle le cours du sang peut se rétablir dans le cas où l'une ou l'autre de ces veines se trouve oblitérée. Dans les anévrysmes de l'aorte descendante, c'est le tronc même de la veine qui peut se trouver oblitéré par compression, quelquefois par thrombose. Mais on comprend difficilement qu'il puisse en résulter quelque inconvénient, eu égard aux nombreuses anastomoses et voies collatérales de ces veines. Cependant Jaccoud rattache à la compression des azygos le développement du réseau veineux superficiel signalé dans quelques observations.

Du côté du diaphragme, on observe quelquefois le refoulement par une tumeur volumineuse; certains anévrysmes placés vers la fin de l'aorte pectorale ont distendu considérablement l'orifice aortique et, faisant saillie dans les deux cavités thoracique et abdominale, sont tapissés par les piliers du diaphragme distendus et aplatis.

Quand l'anévrysme a perforé la cage thoracique en arrière, sur la partie latérale gauche du rachis, il tend à se rapprocher de plus en plus des téguments, en refoulant les plans musculaires qui s'amincissent et cèdent devant lui. L'omoplate gauche est repoussée en arrière et déviée en dehors; et la saillie se dessine, soit au dessous de son angle inférieur, soit entre son bord spinal et l'épine. Les muscles long-dorsal et sacro-lombaire sont soulevés, amincis: leurs fibres écartées présentent un aspect pâle.

L'amincissement des téguments, les signes d'inflammation, la perforation par gangrène, sont un mode de terminaison que n'avons vu signalé nulle part, pour les anévrysmes de la portion descendante.

Plusieurs fois l'anévrysme a envahi la cavité abdominale, se développant, soit dans la gaine du psoas (Obs. X^e^), soit sous le péritoine qui est décollé (Obs. IXe, XIIIe).

On a observé, comme terminaison rare, la rupture dans le tissu cellulaire sous-pleural, avec décollement de la plèvre et perforation ultérieure (Obs. XIXe).

La rupture dans le médiastin postérieur, avec formation d'une poche circonscrite limitée par la plèvre ou les organes voisins (Obs. VIIe), ou diffusion du sang dans tout l'étendue du médiastin (Obs. VIIIe).

L'accroissement régulier ou intermittent de l'anévrysme, amenant la perforation après un temps variable, constituent la marche et la terminaison la plus fréquente.

La mort peut aussi être causée par la compression et les lésions de diverse nature que l'anévrysme détermine autour de lui, par les progrès de la cachexie.

Elle peut être le fait d'une lésion concomittante, ou d'une maladie intercurrente.

Enfin, certains anévrysmes, découverts à l'autopsie, paraissent être stationnaires; la lésion est acquise, mais elle ne progresse plus; la coagulation de la fibrine peut amener la solidification de la tumeur et la guérison; mais ces cas ne sont pas communs. Cette heureuse terminaison peut se présenter aussi bien dans les anévrysmes sacciformes que dans les fusiformes (1).

Dans les anévrysmes sacciformes, la coagulation fibrineuse remplit le sac et obstrue l'orifice de l'anévrysme. Les récidives sont possibles, le sang s'insinuant entre le caillot et la paroi.

Dans les anévrysmes fusiformes, le dépôt fibrineux, disposé en couches concentriques, envahit peu à peu toute la poche anévrysmale, il reste à la partie centrale un canal perméable; ce canal au lieu d'être situé au centre, peut se

(1) Paul Broca. — *Des Anévrysmes et de leur traitement*, 1856.

trouver à la périphérie, limitée d'une part par le caillot, de l'autre par la paroi du sac.

Les bulletins de la Société anatomique de 1829 contiennent la relation d'un fait de ce genre : la tumeur occupait le commencement de l'aorte pectorale descendante; elle égalait presque le volume de deux poings; elle était remplie de caillots concentriques très fermes, au centre desquels était un canal régulier à parois lisses, et qui paraissait tapissé d'une fausse membrane continue vers les extrémités supérieure et inférieure avec la membrane interne des parois saines de l'aorte.

Dans le relevé de 68 observations, nous avons observé les terminaisons suivantes : rupture dans la plèvre gauche, 16 cas; dans la plèvre droite, 3 cas; dans l'œsophage, 11 cas; dans la bronche gauche, 6 cas; dans le poumon gauche, 1 cas; dans le tissu cellulaire sous-pleural et ensuite dans la plèvre, 1 cas; dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ou dans la gaîne du psoas, 3 cas; dans le tissu cellulaire du médiastin postérieur avec diffusion du sang au loin, 1 cas; dans le canal rachidien, 2 cas.

La mort est survenue dans les autres cas à la suite de : compression médullaire, 2 cas; dysphagie et inanition, 2; cachexie, marasme, 4; accès de suffocation, 3; pneumomie chronique, 1; communication de la bronche et de l'œsophage, 2; maladies diverses, 7.

SYMPTOMES

L'anévrysme ne donne lieu par lui-même à aucun symptôme, mais le refoulement, la compression, les lésions qu'il produit dans les organes voisins, se traduisent par des troubles fonctionnels qui attirent l'attention et prennent une grande valeur quand ils sont réunis.

Cependant une tumeur même volumineuse peut se développer dans la cavité thoracique, produire tous ces désordres, préparer des lésions qui amènent brusquement la mort, sans qu'aucun symptôme en révèle l'existence. D'ailleurs les signes des lésions de voisinage, quand ils existent, ne permettent pas de se prononcer formellement sur la nature de l'affection qui les produit, tant que les signes physiques font défaut.

Un caractère remarquable des effets de la compression sur les parties environnantes, c'est leur variabilité, au moins dans les temps peu avancés de la maladie. On l'attribue généralement à l'origine nerveuse de ces troubles; quelques auteurs, ne s'expliquant pas qu'une cause permanente produise des effets variables, en ont cherché la raison dans les dimensions variables de la poche. La compression est d'autant plus forte qu'il s'arrête dans la poche plus de sang, augmentant en même temps la dilatation et le poids.

La douleur est un symptôme des plus fréquents et mérite d'occuper une place importante parmi les signes révélateurs.

Elle est cependant moins constante dans les anévrysmes thoraciques que dans les anévrysmes abdominaux. S'il est souvent possible, dit Stokes, de diagnostiquer un anévrysme de l'abdomen aux seuls caractères de la douleur, cela a rarement lieu lorsque la maladie siège au-dessus du diaphragme.

Elle présente des variétés nombreuses dans son siège, son intensité, ses caractères et ses irradiations.

Gendrin (1), qui a fait une étude spéciale de la douleur, la regarde comme un symptôme constant. Les nombreuses observations d'anévrysmes restés à l'état latent contredisent cette assertion.

Un grand nombre de malades accusent une douleur fixe du côté du rachis, souvent à la région interscapulaire, quelquefois à la région lombaire. Elle ne consiste, dans certains cas, qu'en une sensation de gêne, à peine perçue par le malade, paraissant par intervalles et que réveille la pression ; c'est une simple sensibilité dans la région dorsale, avec difficulté de tenir le corps droit et d'exécuter certains mouvements.

Plus souvent elle est perçue avec une assez grande intensité, paroxystique, s'exaspérant par les mouvements, les impressions morales, le travail de la digestion, etc. La pression médiate est toujours douloureuse. On a essayé d'expliquer cette douleur par l'érosion des vertèbres. L'existence de cette lésion est probable, d'après le docteur Law (2), lorsqu'on rencontre les deux formes de douleurs qu'il a indiquées : douleurs lancinantes, paroxystiques et rémittentes d'une part ; douleurs continues, sourdes, pertérébrantes et limitées à un point fixe d'autre part.

(1) GENDRIN. — Mémoire sur le diagnostic des Anévrysmes des grosses artères. *Revue médicale*, 1884, t. 3.

(2) Robert LAW. — Des symptômes de l'Anévrysme de l'aorte. Dublin, *Journal of Medical Sc.* 1844. *Archives de Médecine*, 1844.

Le docteur Greene (1) pense également que les douleurs atteignent leur maximum quand les vertèbres sont érodées. Mais il lui semble aussi qu'il y ait une relation à établir avec une irritation des racines des nerfs sensitifs de la moelle; de sorte qu'il est fréquent de voir des douleurs névralgiques coïncider avec le travail d'ulcération des vertèbres.

En réalité, on voit la douleur manquer à la région dorsale alors qu'il y a érosion des vertèbres; la destruction et la perforation des organes avoisinants peuvent de même se produire silencieusement. Gendrin l'attribue à une inflammation qui existe toujours dans les parois du sac anévrysmal et qui envahit par contiguité les parties environnantes. Morgagni (Epist. XXI) tend à l'expliquer dans certains cas par l'irritation des méninges qui recouvrent la moelle.

Quand la lésion vertébrale est très profonde on a vu survenir une raideur et une immobilisation du rachis, prohibant les mouvements. Le décubitus dorsal devient impossible. Dans des conditions analogues, Stokes a pu rattacher les douleurs à la pression exercée sur la tumeur anévrysmale par le poids des parties situées au-dessus : les symptômes habituels d'une compression interne, tels que la dysphagie, la dyspnée et la toux manquaient lorsque le malade s'appuyait sur des béquilles. S'il essayait de se soutenir sans cet appui, tous les accidents reparaissaient (2).

Dans le courant des mois de juillet et août 1878, le docteur Scheele (de Dantzig) a publié, dans le *Berliner Klinische Wochenschrift* (3), un travail intéressant sur un signe qu'il

(1) George GREENE. — Symptômes et diagn. des Anév. de l'aorte. Dublin, *Journal of Med. Sc.*, 1846. *Archives de Médecine*, 1846.

(2) William STOKES. — *Traité des Maladies du Cœur et de l'Aorte* Traduit par Sénac, 1864.

(3) SCHEELE. — Beitrag zur casuistik und symptomatologie der Aorten aneurysmen. Berlin, *Klin. Wochenschrift*, 1878.

regarde comme pathognomonique dans les affections de l'aorte descendante. C'est la douleur profonde éprouvée subitement dans la région de l'anévrysme au moment où l'on comprime les deux artères fémorales. Cette compression a pour effet d'augmenter le volume de l'anévrysme et d'exagérer les douleurs qu'il cause.

La recherche de ce signe auquel Scheele attache une grande importance dans les cas de diagnostic douteux, n'est malheureusement pas exempte de danger.

Le docteur Saundry, voulant contrôler devant ses élèves la valeur des observations de Scheele, fit comprimer les deux fémorales pendant 10 ou 15 secondes. Le malade éprouva bien en effet une douleur subite dans la région de l'anévrysme; mais cette douleur persista toute la journée, et il succomba la même nuit avec tous les symptômes indiquant la rupture du sac, rupture qu'on constata du reste à l'autopsie.

En se rapportant au travail du médecin de Dantzig, on voit qu'un de ses malades est mort huit jours après avoir été examiné de la sorte. Un autre a succombé après un essai de traitement par la compression des fémorales. Chez tous les deux la mort a été instantanée par rupture du sac. (*Britisch Médical Journal, 15 février 1879.*)

L'observation suivante est empruntée au travail de Scheele :

Observation III. — Employé municipal, âgé de 42 ans. Bien portant jusqu'à l'automne 1872, où, un jour qu'il portait, en l'appuyant sur son côté gauche, selon sa coutume, un sac d'argent très lourd, il éprouva tout à coup une vive douleur dans les lombes et dans le côté gauche. Dès lors cette douleur ne disparut jamais entièrement, et présenta des exacerbations fréquentes. Puis apparurent des palpitations, de la dyspnée, de l'insomnie et de l'angoisse.

Au bout de deux ans, le 27 octobre 1874, les douleurs persistent, le malade consulte Scheele qui diagnostique, malgré l'absence de tout souffle, un anévrysme de l'aorte thoracique, en l'appuyant sur l'ensemble des symptômes suivants : présence au côté gauche de la poitrine d'un centre de battements, indépendants du cœur et ayant son maximum au dessus de la pointe cardiaque ; sensibilité et raideur rachidiennes, névralgie intercostale gauche et exagération des douleurs par compression brusque des deux artères crurales, etc.... Scheele perdit de vue ce malade dont la mort arriva brusquement quelques semaines plus tard.

Autopsie : hemothorax gauche, crosse aortique dilatée et athéromatheuse. L'anévrysme elliptique a le volume d'une tête d'enfant, et siège sur l'aorte thoracique s'étendant de la sixième à la onzième vertèbre dorsale et atteignant ainsi l'orifice diaphragmatique. La tumeur résulte d'une dilatation fusiforme de l'artère. La rupture, longue de cinq centimètres, longitudinale, à bords déchiquetés, regarde les tubérosités costales. Usure considérable des huitième et neuvième corps vertébraux ; la neuvième articulation costo-vertébrale est ouverte, et la neuvième côte dénudée de son périoste sur une certaine étendue ; les disques intervertébraux proéminent intacts dans la cavité anévrysmale. En certains points, ce sont les corps vertébraux qui forment les parois de la tumeur. (*Revue des Sc. médic.*, par G. Hayem, 1880, t. XVI).

Certains malades accusent une sensation de pulsations dans la région dorsale, coïncidant avec la diastole anévrysmale. Le sac, en se développant, comprime et irrite les troncs nerveux voisins, et donne lieu à des douleurs sur leur trajet. Les nerfs intercostaux sont très fréquemment lésés de cette façon. D'où les névralgies intercostales du côté gauche, au niveau du mamelon, dans la région précordiale ; plus rarement à droite. Ces douleurs varient suivant le siège de l'ané-

vrysme; tantôt elles se font sentir sous les dernières fausses côtes, tantôt dans les épaules; ou bien elles étreignent le thorax comme une ceinture.

Troubles de la respiration. — La gêne de la respiration est un phénomène des plus fréquents et des plus précoces. C'est souvent le premier et le seul qu'accusent les malades. Quel que soit en effet la situation qu'occupe l'anévrysme sur l'aorte descendante, il ne peut se développer sans apporter une gêne dans le fonctionnement des organes respiratoires. Cependant le siège et le volume jouent un rôle important. Un caractère important de cette dyspnée est l'intermittence; et quand à une période avancée elle est devenue permanente, elle est encore paroxystique. Elle varie d'intensité, depuis une simple sensation de gêne, de plénitude thoracique, jusqu'à l'orthopnée et la suffocation se terminant par la mort.

Les origines sont variées, sa forme et son intensité en dépendent : la compression de la bronche et du poumon gauches, de la branche gauche de l'artère pulmonaire et du nerf pneumogastrique en sont les causes les plus ordinaires. Il faut aussi tenir compte de l'inflammation et des épanchements pleuraux, de l'emphysème et de la pneumonie, de la congestion et de l'apoplexie pulmonaires, complications fréquentes; des douleurs en ceinture, du refoulement du diaphragme, enfin des troubles dans le fonctionnement du cœur et de la circulation.

La compression de la bronche gauche, produite par les anévrysmes situés à l'origine de la portion descendante de l'aorte, donne lieu à des signes assez caractéristiques et d'une grande valeur au point de vue du diagnostic du siège et par exclusion de la nature de l'affection. Ces signes ont été étudiés avec soin par Stokes et par les auteurs anglais. Quand la

bronche a été longtemps et fortement comprimée on a signalé une rétraction permanente de la paroi thoracique, due sans doute à l'atrophie du poumon correspondant dont le fonctionnement est incomplet ; une immobilité relative du même côté au moment de l'inspiration, avec une expansion exagérée du côté opposé; l'absence de vibrations thoraciques quand le malade parle, ou au moins une diminution notable; dans l'autre poumon, la résonnance vocale est exagérée. Par contre, la sonorité est conservée ou simplement diminuée. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est très affaibli; Stokes n'avait jamais rencontré l'oblitération d'une bronche portée, au point de déterminer la suspension complète du murmure vésiculaire dans un poumon tout entier ; la respiration est puérile dans l'autre poumon. « La réunion de ces deux symptômes, absence de la respiration et conservation de la sonorité, éloigne l'idée d'un épanchement de la plèvre et d'une altération du poumon, et ne peut s'expliquer que par une lésion siégeant dans le médiastin, et ayant envahi primitivement ou consécutivement les bronches (1). »

G. Greene a relaté le cas d'un malade présentant un phénomène particulier à l'auscultation :

Observation IV. — Homme, 38 ans. Dyspnée, toux; douleurs dans divers points du dos et de la poitrine. Respiration forte dans le poumon droit, puérile ; très faible dans le poumon gauche, nulle dans la partie supérieure de ce poumon. « En auscultant dans l'aisselle pendant que le malade faisait une profonde inspiration, on ne percevait aucun murmure respiratoire pendant la première moitié de l'inspiration ; pendant la seconde

(1) Dieulafoy. — Art. Médiastin. *Nouveau Dict. de Méd. et de Chir. pratique.*

moitié, l'air semblait surmonter quelqu'obstacle et entrer de force pour distendre le poumon. » Le côté gauche était presque immobile pendant la respiration, le côté droit très libre. Les vibrations nulles au sommet gauche, très faibles dans les deux tiers inférieurs.

Double pulsation très forte entendue au niveau de la région sous-claviculaire gauche, et en arrière du même côté. Impulsion distincte à la région sous-claviculaire gauche. Aucun bruit de souffle. Pas de dysphagie.

Le malade mourut subitement dans un accès de toux, en expectorant une grande quantité de sang.

Autopsie : Tumeur anévrysmale naissant de la portion descendante de l'aorte; comprimant la bronche gauche notablement rétrécie. La paroi postérieure du sac est constituée par le corps des deuxième et troisième vertèbres dorsales érodées. Ouverture dans la bouche gauche. (*Archives de médecine,* 1835, t. 8),

Ces troubles respiratoires ont été surtout signalés dans les observations publiées par M. G. Greene : *Recherches sur le diagnostic des anévrysmes de l'aorte thoracique*, (*Archives de médecine*, 1835, t. VIII; 1846, t. XII.)

L'auscultation fait quelquefois entendre vers l'épine de l'omoplate un souffle bronchique résultant de la compression du poumon, fixe, et sans diminution de sonorité à la percussion. On peut également percevoir une inspiration sifflante, qui, d'après son caractère et son intensité, prend alors le nom de cornage; on l'entend à l'auscultation et quelquefois à distance. Ce bruit caractéristique se retrouve toutes les fois qu'il existe un rétrécissement sur le parcours des gros tuyaux aériens. Mais cette stridulation inférieure (Stokes) est surtout le fait de la compression de la trachée; rarement il est possible d'en reconnaître nettement le siège.

Le docteur Bradley (*The medical Record*, de New-York,

1882) en rapportant un cas d'anévrysme situé à la partie la plus reculée de la crosse de l'aorte, et qui finit par s'ouvrir dans la bronche gauche, dit avoir eu six fois l'occasion d'observer ce signe : lorsqu'on place son oreille près de la bouche du malade, après lui avoir recommandé de faire une longue expiration, on entend distinctement un souffle qui coïncide avec chaque systole. (*Revue de médecine*, 1882.)

Aux lésions du pneumogastrique gauche, on attribue généralement : la toux quinteuse, spasmodique ; les congestions pulmonaires (Habershon), pouvant amener des hémoptysies répétées ; la dyspnée paroxystique prenant la forme des accès d'asthme.

Troubles de la digestion. — Des troubles dyspeptiques caractérisés par la difficulté des digestions, le pyrosis, les vomissements muqueux et alimentaires peuvent marquer le début de l'affection ; ils peuvent même être assez intenses pour simuler une affection organique de l'estomac. Ils étaient particulièrement prononcés dans le cas suivant qui nous a été communiqué par M. le docteur Rendu.

Observation V. — M. X., lieutenant de vaisseau, se présente à la consultation souffrant de troubles dyspeptiques et gastralgiques très accentués ; l'état général d'ailleurs satisfaisant, l'âge du malade, éloignant l'idée d'un néoplasme gastrique, M. Rendu pense à une gastrite alcoolique, opinion qui est partagée par M. le docteur Guyot.

Le malade fut perdu de vue, mais deux ans après, étant en traitement à l'hôpital de Brest, on constata à la région dorsale l'existence d'une tumeur qui ne laissait aucun doute sur la nature de l'affection. Il succomba brusquement à une hématémèse. (Communication orale).

La dysphagie est un symptôme très fréquent et d'une

grande valeur séméiotique; on l'observe surtout quand l'anévrysme siège sur l'aorte à l'union des portions transversale et descendante, parfois aussi quand il est placé immédiatement au-dessus du diaphragme. G. Greene fait remarquer que l'œsophage est en ces points moins mobile que dans toute autre partie de son trajet, et ne peut éluder aussi facilement la pression d'une tumeur anévrysmale.

Les malades rapportent souvent la gêne de la déglutition vers le tiers moyen du sternum, ou plus profondément, à peu de distance du cardia. Mais en même temps il existe parfois une constriction spasmodique sur un point plus élevé du conduit. Dans un cas, rapporté par le docteur Law, elle occupait successivement des points différents de l'œsophage et siégeait tantôt à la fourchette du sternum, tantôt à l'épigastre. C'est en effet un symptôme sujet à bien des variations, plus prononcé certains jours que d'autres, pouvant se montrer et disparaître plusieurs fois à des intervalles assez longs, et dans la production duquel l'état spasmodique entre pour une large part.

L'intensité des symptômes est très variable, depuis la dysphagie complète, jusqu'à la sensation d'un léger obstacle.

Généralement les liquides passent plus facilement que les solides. Quand elle est accentuée, la déglutition devient impossible, elle s'accompagne d'efforts de vomissements, de hoquets convulsifs, de toux laryngienne et de dyspnée, parfois d'une douleur vive (Stokes).

Ces différences s'expliquent par des lésions variables de l'œsophage : déviation, compression, adhérence. Elle est ordinairement lente et prolongée. Dans le cas de sphacèle étendu du conduit, on la voit survenir brusquement et rendre la déglutition complètement impossible (Leudet). M. Millard a vu deux fois la dysphagie marcher avec une

extrême activité, qu'explique le sphacèle des parois constaté à l'autopsie.

Si l'on soupçonne la présence d'un anévrysme, il faut s'abstenir de l'usage de la sonde œsophagienne comme moyen de diagnostic ; on a vu l'usage de ce moyen d'exploration produire la rupture du sac anévrysmal. « Dans un cas assez obscur d'anévrysme, dans lequel on n'avait pas reconnu la cause de la dysphagie, et dans lequel on avait introduit à plusieurs reprises une sonde dans l'œsophage, le malade rendit, à la suite de ces introductions, des matières solides qu'on prit pour des morceaux de viande. A partir de ce moment, la déglutition devint facile, et déjà le malade et le chirurgien se félicitaient mutuellement d'avoir fait disparaître l'obstacle, lorsqu'il survint une hémorrhagie dont la mort fut le résultat. » (G. Greene, *Arch. de Méd.* 1846.)

L'éructation continue et obstinée a été signalée comme un symptôme d'anévrysme thoracique. Les conditions étiologiques de ce symptôme ont été étudiées par le docteur Chambers dans son traité *of the sudigestions* (Londres, 1867). Dans l'anévrysme thoracique, la condition essentielle serait le relâchement de l'œsophage, s'expliquant par l'action compressive de la tumeur sur les fibres motrices du pneumogastrique qui se distribuent à l'œsophage et à l'estomac (*Gazette hebdomadaire*, 1869).

Troubles de la circulation. — Les palpitations sont un phénomène qui accompagne fréquemment les anévrysmes de l'aorte thoracique, comme ceux des grosses artères en général. Elles sont un effet de l'obstacle entravant l'action du cœur et s'unissant souvent à un léger degré d'hypertrophie de cet organe. Elles peuvent aussi résulter de la compression exercée par la tumeur. Ces palpitations étant intermittentes,

Jaccoud pense que l'obstacle n'agit que par l'intermédiaire du système nerveux.

L'hypertrophie du cœur, avec ou sans lésions valvulaires, accompagne souvent l'anévrysme. L'orifice aortique est surtout atteint, ce qui s'explique par la coexistence fréquente de l'endocardite et de l'endartérite. L'hypertrophie du ventricule gauche, sans lésions d'orifice, reconnaît pour cause l'artérite généralisée.

Quand l'anévrysme suffisamment volumineux et proéminent en avant est placé derrière le cœur, celui-ci se trouve comprimé et refoulé. La compression, outre les palpitations, peut déterminer des défaillances passagères (Chomel). Le déplacement est plus ou moins considérable. Le cœur se trouve ramené en avant et fortement appliqué contre la paroi thoracique, quelquefois abaissé et dévié à gauche, mais le plus souvent refoulé à droite. Les battements sont énergiques, l'impulsion forte et étendue. La voussure est très marquée, plus considérable même que dans l'hypertrophie cardiaque. La matité est augmentée d'étendue. L'auscultation révèle souvent un souffle. En somme, on a tous les signes d'une hypertrophie cardiaque assez considérable, et l'erreur a été plusieurs fois commise. Ce qui, d'après Popham (1), mettrait sur la voie du diagnostic et donnerait le droit de penser que cette vigueur des battements n'est pas liée à l'hypertrophie, c'est que la faiblesse du pouls contraste singulièrement avec ces battements énergiques.

D'après le docteur Hope, quand le cœur est repoussé en avant par un anévrysme, il présente une double impulsion saccadée (double jogging impulse); suivant le même auteur, lorsque cette double impulsion s'accompagne d'un murmure

(1) *Archives de Médecine*, 1858.

manifestement indépendant de toute lésion valvulaire, on diagnostiquera un anévrysme placé derrière le cœur. Le docteur Hope admet cependant que, lorsque le cœur est soumis à une compression considérable, les bruits peuvent être moins forts. Le fait a été observé par le docteur Todd, dans un cas où le cœur était poussé en avant et en dehors, et comprimé contre les côtes par un anévrysme énorme de l'aorte thoracique. Un diagnostic basé sur le signe donné par Hope serait bien incertain. (Stokes).

On a signalé dans plusieurs cas des battements des artères périphériques; la dilatation de la veine jugulaire gauche a été observée dans certains cas où la tumeur était située à une distance considérable au-dessous de la veine innominée. « Peut-être la crosse de l'aorte était-elle distendue outre mesure par suite de la gêne de la circulation dans sa cavité, et comprimait-elle à son tour la veine innominée ? » (1).

Le développement du réseau veineux superficiel à la région thoracique antérieure a été attribué à la compression des veines azygos. C'est un fait tout exceptionnel que les dilatations veineuses et l'œdème dans les anévrysmes de l'aorte descendante. Les anastomoses des azygos avec les deux systèmes caves sont assez larges pour prévenir les effets d'un obstacle à la circulation en retour.

Quand l'anévrysme a ouvert le canal rachidien, les lésions inflammatoires peuvent se propager aux méninges et à la moelle, et la compression s'y ajoute. Cette altération se traduit par des symptômes douloureux, dus à l'irritation des racines nerveuses; les douleurs s'irradient suivant le trajet des nerfs intercostaux et vers les membres inférieurs, s'accompagnant de troubles trophiques. Les troubles de

(1) G. Greene, — *Arch. de Médecine*, 1835.

sensibilité consistent en engourdissement, fourmillements, puis anesthésie ; les troubles moteurs, plus prononcés, dans une paraplégie croissante.

Les altérations des nerfs phrénique et récurrent s'observent surtout dans les anévrysmes de la crosse. Ceux de la portion descendante ne peuvent intéresser le récurrent que s'ils ont un siège très élevé. Ils donnent lieu à des troubles de la phonation et de la respiration.

SIGNES PHYSIQUES

A une période plus ou moins avancée de son développement, mais généralement tardive en raison de sa situation profonde, la tumeur se rapproche des parois de la poitrine, et peut donner lieu à des signes appréciables longtemps avant de les avoir perforées. Les anévrysmes qui naissent de l'aorte descendante se montrent le plus souvent en arrière, proéminents sur le bord gauche du rachis ; quand la tumeur vient faire saillie en avant, c'est au bord gauche du sternum ou sous la clavicule qu'on en constate les signes.

On constate d'abord un soulèvement en masse de la région, une voussure insolite ; lorsque celle-ci est peu sensible à une inspection superficielle, on peut quelquefois l'apercevoir en se plaçant au niveau de la poitrine, suivant les indications de Stokes, pour mieux saisir toute saillie qui dépasserait le plan horizontal. On peut en même temps reconnaître l'existence de battements, consistant soit en une pulsation localisée, soit en un mouvement impulsif diffus.

La main appliquée sur ce point du thorax perçoit une pulsation qui succède presque immédiatement au choc impulsif de la pointe du cœur. La pulsation n'est pas constituée par un simple soulèvement, elle est expansive et générale, et par

là, diffère totalement du soulèvement passif que présentent les tumeurs situées au-devant d'un gros vaisseau.

La pulsation est toujours simple sur l'aorte descendante.

Dans quelques cas, la palpation fait constater l'existence d'un frémissement vibratoire ou thrill, qui est intermittent et isochrone au premier battement; des inégalités de la paroi artérielle sont la cause de ce phénomène qui est, lui aussi, un symptôme de début.

La percussion, qui doit être profonde quand la tumeur ne fait aucune saillie, donne un son mat limité en un point où il existe à l'état normal une sonorité plus ou moins franche. Il est nécessaire que la tumeur ait acquis un certain volume pour déplacer une partie du poumon et se trouver immédiatement en rapport avec les parois du thorax.

Mais l'existence d'une matité circonscrite au voisinage du tronc aortique ne démontre qu'une seule chose, c'est qu'il s'est développé une tumeur quelconque sur ce point. Pour en apprécier la nature, c'est aux autres procédés qu'il faut recourir.

L'auscultation médiate fournit les signes les plus précieux pour le diagnostic. Laënnec ne connaissait que le battement simple : « Dans les anévrysmes de l'aorte pectorale, dit-il, surtout dans ceux qui rongent la colonne vertébrale, on trouve quelquefois des battements simples dans le point du dos correspondant aux vertèbres érodées et aux têtes des côtes voisines. » Il est démontré que le battement est double dans toute l'étendue de l'aorte thoracique.

Le double bruit de choc simule assez exactement le double claquement qu'on perçoit à l'auscultation sur la région précordiale.

Il doit en être distingué avec soin. On y parvient en déterminant avec exactitude le point circonscrit où le double

bruit de choc se perçoit à son plus haut degré d'intensité S'il provient d'un anévrysme de l'aorte descendante, il s'entend à son maximum d'intensité, soit en arrière au bord gauche du rachis, soit en avant le long et à gauche du sternum, jusqu'à l'appendice xiphoïde, et sur la ligne des articulations synchondro-sternales au-dessous de la quatrième côte (1).

La transformation des bruits de claquements en souffle porte surtout sur le premier bruit, et rend le diagnostic plus facile.

Quand le thorax s'est laissé perforer, la tumeur faisant saillie au-dehors se présente avec des caractères qui ne laissent aucun doute sur sa nature. Parfois on voit en même temps les troubles qu'elle produisait par la compression des organes voisins diminuer.

La saillie se dessine le plus souvent à la région dorsale, vers l'angle de l'omoplate ou entre le bord spinal de celle-ci et le rachis, parfois plus bas, sous les dernières fausses côtes gauches. Il est rare qu'elle se développe assez en avant pour perforer la paroi thoracique de ce côté.

On constate l'existence d'une saillie très appréciable, arrondie; la peau est ordinairement saine, les pulsations très visibles, l'expansion appréciable à la main, qui éprouve la sensation d'une ampliation générale. La tumeur est résistante, elle est réductible, au moins en partie, et par le toucher on distingue le point où la continuité de l'os est interrompue. Elle est mate, et présente à l'auscultation des claquements ou des souffles. En y appliquant le sphygmographe, on obtient un tracé d'une amplitude énorme, ce qui, en cas de

(1) Gendrin. — Mémoire sur le diagnostic des Anévrysmes des grosses artères. *Revue médicale*, 1844.

doute, ferait rejeter l'idée d'une tumeur solide reposant sur l'aorte et animée d'un simple soulèvement ; les pulsations sont dans ce cas nulles ou très faibles (1).

Chez un sujet qui ne présente aucune lésion du système circulatoire, le retard du pouls sur la systole cardiaque, exploré en des points symétriques, doit être le même. S'il s'est produit sur le trajet de l'aorte une dilatation formée par une poche extensible, les ondes sanguines s'y éteignent plus ou moins, suivant la capacité et l'extensibilité de la tumeur ; elles s'y attardent. Aussi le pouls est moins ample, et le retard est exagéré. C'est ce que l'on a quelquefois constaté sur la fémorale.

Pour déterminer le retard du pouls sur le début de la systole cardiaque, il faut obtenir sur un cylindre enregistreur en même temps l'inscription de la pulsation de l'artère et celle de la pointe du cœur. Il faut pour cela deux appareils : l'explorateur à tambour de Marey et le sphygmographe à transmission. On prend simultanément les deux tracés, l'un au-dessus de l'autre, et on mesure le temps auquel correspond le retard au moyen d'un diapason réglé à un nombre de vibrations déterminé ; ces vibrations sont enregistrées sur le cylindre parallèlement aux courbes du pouls et du cœur (2).

François Franck a étudié les indications que peut fournir l'examen comparatif du retard que présente le pouls des artères symétriques et des anévrysmes, au point de vue du lieu d'origine de ces anévrysmes sur le trajet de l'aorte (3).

(1) Marey. — *Physiologie médicale de la circulation du sang.*

(2) Albert René. — Du retard du pouls dans lé diagnostic du siège des Anévrysmes de l'aorte. *Gaz. des Hôpitaux*, 1880.

(3) François Franck. — Recherches sur le diagnostic du siège des Anévrysmes de l'aorte. *Journal d'anatom*[illegible]*ysiologie*, 1879.

Par une recherche rigoureuse, il a pu, à plusieurs reprises, préciser le point de communication de l'aorte avec le sac anévrysmal et savoir si l'artère sous-clavière se trouvait ou non comprise dans la dilatation.

Chez un malade du service de M. Proust, dont l'observation a paru dans la thèse de M. Teissier (valeur thérapeutique des courants continus. Paris 1878), il existait une tumeur volumineuse siégeant en arrière du thorax, entre la colonne vertébrale et l'angle supérieur de l'omoplate qui est soulevée. Battements à caractère expansif.

Les recherches de M. Franck donnent les résultats suivants :

Le pouls carotidien et le pouls radial du côté gauche n'étant pas modifiés, il est permis de supposer que le point de départ de l'anévrysme sur l'aorte se trouve au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche.

En comparant le début du pouls de la carotide primitive gauche, explorée à la partie moyenne de son trajet cervical, et le début des pulsations de la tumeur dorsale, on constate un synchronisme parfait.

En raison de ce synchronisme, il faut admettre que l'orifice de communication de l'anévrysme se trouve situé à la même distance du cœur que le point exploré de la carotide gauche. Or, d'après des mesures prises sur les aortes humaines, on pourrait localiser le point de départ de l'anévrysme à quelques centimètres au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche.

Le malade mourut, environ un mois après l'examen, d'accidents pulmonaires; l'autopsie confirma le diagnostic porté pendant la vie. L'orifice de communication siègeait à la partie externe de l'aorte descendante, à quelques centimètres au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche.

Observation des docteurs Delpeuch et Dujardin-Beaumetz, 1878 :

Tumeur saillante à la partie antérieure du thorax, siégeant à gauche de la ligne médiane, à la partie supérieure du sternum, entre la première et la quatrième côte; ayant détruit dans cette étendue la moitié du sternum, et les cartilages correspondants; recouvertes seulement par la peau fortement tendue; donnant à la main une expansion manifeste. Souffle systolique au niveau de la tumeur; bruit de clapet diastolique. Matité étendue, se confondant avec celle du cœur, ce dernier est fortement abaissé et porté en dehors.

En arrière, ni voussure, ni battements, respiration absente entre l'omoplate et la colonne vertébrale; au même niveau, souffle bronchique. Voix fausse, étranglée; pas d'examen laryngoscopique; cependant le nerf récurrent gauche est probablement compromis.

Irradiations douloureuses dans la moitié gauche du cou et dans l'épaule gauche, dans le bras et l'avant-bras. Parésie musculaire du même côté. Fourmillement dans les doigts.

Le pouls carotidien, exploré à la partie moyenne du cou, est synchrone à droite et à gauche, et synchrone avec la pulsation de la tumeur. Comme dans le premier cas, on peut donc considérer la tumeur comme communiquant avec l'aorte, un peu au-dessous du niveau de la sous-clavière gauche.

Le malade, observé dans le service de M. Constantin Paul, porte une tumeur à gauche du sternum, sans saillie notable, formant une légère voussure. Maximum des battements au niveau du deuxième espace intercostal, à deux centimètres du bord gauche du sternum.

Il existe un faible retard sur le début de la pulsation de la tumeur dans le pouls carotidien à droite et à gauche, qui permet de supposer que le point de départ de l'anévrysme est très rapproché de l'émergence de la sous-clavière gauche.



Les conclusions du travail de M. François Frank sont les suivantes : Quand l'anévrysme de l'aorte thoracique a son point de départ au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche, le retard du pouls n'est exagéré que dans les artères des membres inférieurs.

On peut, en outre, tirer d'utiles applications du retard du pouls carotidien et du retard des pulsations de la tumeur : Si le retard du pouls de la carotide gauche, explorée à la partie moyenne du cou, est plus considérable que celui des pulsations de la tumeur, c'est que celle-ci est plus voisine du cœur que le point exploré de la carotide ; elle communique alors avec l'aorte au niveau ou en deçà de la sous-clavière gauche.

Si, au contraire, le pouls carotidien retarde moins que la pulsation de la tumeur, c'est que celle-ci a son origine sur l'aorte, en un point plus éloigné de l'orifice aortique, et siège au-dessous de la sous-clavière gauche, à une distance variable de l'origine de cette artère.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

Le plus souvent les anévrysmes ont dans leur développement une période silencieuse ; l'affection reste lente, rien ne trahissant à l'extérieur son existence ou ses progrès. C'est un fait qui n'a rien de rare pour les anévrysmes de la crosse, mais qui est encore plus fréquent pour ceux de l'aorte descendante, surtout quand ils ont leur point de départ au-dessous de la bronche gauche. Ils trouvent alors dans la cavité thoracique un espace où ils peuvent se développer lentement, sans compromettre gravement d'organe important. La mort peut alors survenir brusquement, au milieu d'une santé en apparence satisfaisante, et l'on découvre à l'autopsie un épanchement considérable de sang dans la plèvre gauche qui est le siège habituel de la rupture de ces anévrysmes latents.

Ou bien quelques symptômes se manifestent ; dyspnée légère, palpitations, troubles digestifs, douleurs revenant par intervalles dans la région lombo-dorsale, considérées comme rhumatismales ; ces signes sont trop mal dessinés pour mettre sur la voie du diagnostic.

C'est seulement quand la tumeur gêne par son développement excessif, ou surtout, quel que soit son volume,

lorsque, en raison de sa situation, elle comprime un organe important, qu'on voit les symptômes s'accuser.

Les plus importantes sont les douleurs dans la région dorsale, fixes, térébrantes, érodantes, s'exacerbant spontanément ou sous une influence extérieure. Les névralgies intercostales, cervico-brachiales, les douleurs en ceinture, simulant une constriction autour du thorax, les douleurs précordiales. La dyspnée habituelle, avec paroxysmes ; les accès de suffocation, la toux quinteuse. Les palpitations, coïncidant parfois avec des douleurs précordiales et des signes apparents ou réels d'hypertrophie cardiaque. Les signes de compression bronchique. Affaiblissement du murmure vésiculaire du côté gauche, avec conservation de la sonorité. Parfois l'attitude spéciale du malade. Enfin la dysphagie.

La réunion de quelques-uns de ces troubles conduit à une exploration minutieuse de la cavité thoracique et des organes qu'elle contient. Si la tumeur est alors suffisamment rapprochée de ses parois, on peut apprécier plusieurs des signes qui lui sont propres. La percussion révèlera en un point normalement sonore une obscurité de son ; l'oreille percevra un double choc, ayant son maximum en un point différent de celui du cœur. Plus tard une voussure insolite se dessine, des battements appréciables à la vue et surtout à la main s'y font sentir.

Enfin, à une période très avancée, l'anévrysme est devenu perforant, et fait une saillie d'un volume variable ; parfois les symptômes de compression s'amendent quelque peu ; mais la tumeur a pris alors des proportions telles que la mort est généralement prochaine.

Le cours de l'affection peut être interrompu par des complications diverses. De ces maladies intercurrentes, dont

la mort peut être l'issue, les unes sont sans relation avec l'anévrysme; celles qui nous intéressent sont sous la dépendance plus ou moins directe de la tumeur, telles sont : les pneumonies, les congestions et les apoplexies pulmonaires pouvant donner lieu à des hémoptysies répétées, la bronchite et l'emphysème; la pleurésie, la péricardite, etc.

La mort est la terminaison presque constante; nous avons vu cependant qu'il existe des exemples d'anévrysmes, découverts à l'autopsie, et dont la progression semble définitivement arrêtée, et d'autres dont la guérison paraît assurée par le développement de coagulations fibrineuses dans leur cavité.

La mort survient de différentes façons : elle peut succéder à la rupture de la poche, c'est la cause la plus fréquente; elle peut être le résultat des lésions du voisinage, produites par la compression, de la cachexie et d'une maladie intercurrente.

La rupture peut se produire dans les différentes phases que présente la maladie : état latent, troubles de compression, tumeur saillante à l'extérieur

La communication avec les plèvres, presque constamment la gauche, se produit généralement d'une façon brusque, survenant spontanément, sans cause appréciable, ou à l'occasion de quelque effort violent. Rien n'annonce le plus souvent le travail de destruction qui se prépare lentement. La mort subite en est l'effet ordinaire, ou bien il y a survie de quelques instants, et pendant ce temps on assiste à tous les symptômes d'une hémorrhagie interne abondante, avec dyspnée subite et suffocation.

La rupture dans l'œsophage est ordinairement précédée de troubles de la déglutition; quelquefois une dysphagie très intense survenant brusquement indique une sphacèle des

parois du conduit; une hématémèse foudroyante accompagne la chute de l'eschare. Cependant la mort est rarement aussi brusque; souvent quelques vomissements sanglants sont l'indice qu'une communication s'est rétablie, mais elle est petite, sinueuse, ou bien des caillots jouent le rôle d'obturateur et font soupape. Quand l'écoulement de sang dans les voies digestives est assez abondant, il peut se produire simultanément des hématémèses et des selles sanguinolentes. Si la communication est très large, le sang est rendu à flots par la bouche, ou bien s'accumule dans l'estomac, sans donner lieu à une hémorrhagie externe. La mort est immédiate dans les deux cas.

Pour des raisons analogues, lors de la rupture dans la bronche gauche, il peut ne pas y avoir d'hémoptysie abondante. La rupture est surtout à craindre lorsqu'il existe des signes de compression bronchique; parfois elle est annoncée par l'expectoration de mucosités striées de sang, indice du travail d'ulcération.

La rupture dans le poumon peut donner lieu à une hémoptysie mortelle, comme dans le cas précédent, mais le fait est plus rare.

L'irruption du sang dans les méninges, par ouverture de la poche dans le canal rachidien, s'accompagne de troubles de la motilité, parfois de perte de connaissance; la mort survient rapidement, ordinairement par asphyxie.

La rupture dans le tissu cellulaire sous-pleural, sous-péritonéal, ou du médiastin, donne lieu avec des signes spéciaux aux symptômes d'hémorrhagie abondante.

La mort peut aussi résulter de l'aggravation des phénomènes de compression : inanition par dysphagie absolue, dyspnée, accès de suffocation, troubles cardiaques et asphyxie. Elle peut être le fait de complications.

Enfin lorsque les anévrysmes ont persisté longtemps, il survient un état cachectique profond. Les malades, épuisés par des nuits sans sommeil, par la dyspnée, les douleurs et quelquefois les hémorrhagies répétées, présentent une pâleur et une émaciation profonde, avec cet aspect d'angoisse et d'anxiété particulière aux affections du cœur et de l'aorte.

Exceptionnellement les malades conservent de l'embonpoint. Morgagni rapportait cette émaciation à l'oblitération du canal thoracique, opinion qui n'est nullement confirmée par les faits. W. Turner, qui a eu l'occasion d'observer deux fois l'oblitération complète du canal thoracique chez des sujets atteints d'anévrysme aortique, n'a pas constaté d'amaigrissement notable; l'un de ses malades offrait même un certain degré d'embonpoint.

DIAGNOSTIC

De nombreuses observations montrent que les anévrysmes de l'aorte descendante restent souvent latents, et sont constatés seulement à l'autopsie chez des malades ayant succombé à une autre affection ou à la rupture de la poche.

Beaucoup de malades accusent des troubles indiquant une modification apportée au fonctionnement d'un ou de plusieurs des organes thoraciques. Ces troubles pris isolément, ou même réunis, n'ont rien de pathognomonique. La douleur perforante dans le dos, la diminution du bruit respiratoire du côté gauche, les palpitations, les alternatives de dyspnée et de calme, les troubles gastriques, la dysphagie, se trouvent rarement réunis et n'ont même pas alors une valeur absolue. Ils permettent d'affirmer l'existence, dans la cavité thoracique, d'une tumeur comprimant les organes voisins, mais non d'en déterminer la nature vasculaire. La fréquence des anévrysmes comme cause de ces désordres rend seulement cette hypothèse très probable. Cependant ces signes révélateurs ont une grande importance ; non seulement ils attirent l'attention sur le thorax et conduisent à la recherche des signes de la tumeur, mais ils aident aussi à préciser l'étendue des lésions et le point de départ de l'affection.

Pour poser le diagnostic, il faut que la tumeur soit assez rapprochée des parois thoraciques ; l'existence d'une diminution de sonorité en un point limité, normalement sonore, n'a qu'une valeur diagnostique restreinte ; si l'on perçoit au même niveau un double claquement ou un souffle, l'origine vasculaire de l'affection devient très probable, mais n'est pas certaine ; il en est de même du soulèvement de la paroi thoracique, ce mouvement de soulèvement peut être communiqué à une tumeur quelconque par un gros vaisseau sous-jacent ; cette tumeur peut transmettre intégralement les bruits des vaisseaux normaux ou modifiés par la pression qu'elle exerce. Le vrai signe pathognomonique est l'existence de pulsations distinctes, à caractère expansif, d'un centre de battements indépendant du cœur. Uue tumeur soulevée ne présente en effet ni l'expansion ni l'amplitude des oscillations au phymographe.

Quand l'anévrysme est perforant, le diagnostic ne peut plus donner lieu à aucune difficulté.

Suivant les cas, le diagnostic pourra donc être facile, difficile ou même impossible. Il sera très facile quand la tumeur fait saillie à l'extérieur ou quand il existe un centre de battements suffisamment éloigné et indépendant de celui du cœur. Il sera difficile quand il existe seulement des symptômes fonctionnels et que les signes physiques sont obscurs ou masqués en partie par le cœur. Il devient impossible quand on constate seulement des troubles de compression.

La prédominance de certains troubles simulant une affection étrangère est la cause ordinaire des erreurs de diagnostic.

La dysphagie a été rattachée plusieurs fois à des rétrécissements, au cancer de l'œsophage.

L'emphysème, la dyspnée, les accès d'asthme ont masqué la lésion de l'aorte.

Les hémoptysies, accompagnées d'un affaiblissement de la respiration, ou d'un souffle bronchique, quelquefois d'altération de la voix, d'émaciation, ont simulé la tuberculose pulmonaire. (Obs. LXIV).

Les déviations du rachis sont souvent constituées par une scoliose dont la convexité est à droite; mais l'usure des corps vertébraux peut aussi amener une cyphose, cette courbure peut être angulaire comme dans le mal de Pott. La douleur spontanée et à la pression, les douleurs irradiées, la difficulté des mouvements du rachis, du décubitus dorsal, ont contribué plusieurs fois à faire commettre l'erreur. (Obs. XIII).

La douleur dorso-lombaire en a également imposé pour un cancer, une exostose des vertèbres, une myélite.

Les troubles produits du côté du cœur par la compression, le déplacement, simulent une hypertrophie cardiaque avec ou sans lésions valvulaires. (Obs. LXVII, LXVIII).

L'extension de la tumeur du côté de l'abdomen a donné lieu à des douleurs lombaires, avec irradiations dans le flanc, les bourses, les membres inférieurs, quelquefois même avec affaiblissement du membre correspondant. L'anévrysme simulait dans un cas une affection calculeuse du rein. (Obs. IX, X).

Quand l'anévrysme est reconnu, il importe de préciser le siège de l'orifice de communication, la forme et les dimensions de la tumeur, l'état des parois du sac, de son contenu, enfin les lésions des organes voisins.

Nous avons indiqué par quels procédés M. Franck était parvenu, dans plusieurs cas, à déterminer avec une précision presque mathématique le siège de l'orifice de communication avec l'aorte, par l'examen comparatif du retard que présente le pouls des artères symétriques et de l'anévrysme.

Certains signes négatifs : absence d'inégalité des deux pouls, de fourmillements, d'œdème des membres supérieurs, ont de la valeur pour le diagnostic du siège. Il faudra tenir compte également des signes de compression du récurrent, de la bronche gauche, du siège de la douleur fixe, de la dysphagie, du maximum des battements et des bruits, de l'étendue et de la forme de la matité. Quant aux troubles dus à la compression, c'est à leurs symptômes propres qu'on les reconnaîtra.

PRONOSTIC

La terminaison de l'anévrysme de l'aorte thoracique est la mort. Quelques faits bien constatés de guérison spontanée ou d'état stationnaire prouvent qu'elle n'est pas fatale, mais ce ne sont que des raretés. Il existe des exemples d'amélioration plus ou moins prolongée due au traitement et aux prescriptions hygiéniques, mais la guérison définitive n'a pas été obtenue.

Le mode de terminaison pourra quelquefois être prévu en raison de l'intensité des symptômes de compression vers un organe : bronche, œsophage, canal rachidien, etc... Les anévrysmes de l'aorte sont souvent restés latents jusqu'à leur rupture occasionnant la mort subite.

Quant à la durée, même très approximative de l'affection, alors que le diagnostic est confirmé par la constatation des signes d'une tumeur, elle ne peut être indiquée. Elle dépend surtout du siège, de la rapidité du développement, de l'altération des parois et de celle des organes voisins.

Le pronostic est plus fâcheux dans l'anévrysme fusiforme que dans le saxiforme, la formation des caillots y étant plus rare.

TRAITEMENT

Le petit nombre de cas, dans lesquels la nature de l'affection a été reconnue pendant la vie, semble indiquer que les moyens thérapeutiques pourront rarement trouver leur emploi. Cependant, l'étude plus complète des signes physiques permet aujourd'hui, dans bien des cas, de poser le diagnostic avec certitude et précision.

Le traitement est curatif, quand il a pour but d'amener la guérison définitive de l'affection. Dans bien des cas, on ne pourra qu'obvier aux principaux troubles par l'emploi de moyens divers qui constituent le traitement palliatif.

On s'est généralement proposé d'obtenir la guérison de l'anévrysme en provoquant la coagulation fibrineuse dans le sac. Plusieurs méthodes ont été employées dans ce but, agissant, les unes sur la masse totale du sang, les autres du côté du sac.

La méthode de Valsalva et d'Albertini avait pour effet de produire un état cachectique artificiel, déterminant l'altération de la fibrine, et la tendance à la coagulation spontanée dans le sac. Le malade était soumis à la diète, le repos prolongé, les saignées répétées; et avant d'instituer un traite-

ment réparateur, on attendait, qu'épuisé, il pût à peine soulever le bras du lit sur lequel il reposait.

Pelletan, Hodgson, Chomel, etc., pratiquaient cette méthode avec quelques réserves dans l'emploi des saignées. Bellingham (de Dublin) les a supprimées; c'est aussi le traitement de Tuffnell, consistant dans le repos et une diète assez sévère. Tous les auteurs, quel que soit le mode de traitement adopté, sont unanimes pour recommander le repos.

D'autres médications ont pour but, par l'emploi de substances diverses, d'augmenter la plasticité du sang ou d'en ralentir le cours. On a employé dans ce but : l'ergot de seigle, Langenbeck a préconisé les injections d'ergotine au voisinage du sac; l'acétate neutre de plomb (Dusol et Legroux) (1); la digitale; et surtout l'iodure de potassium, qui paraît avoir donné les meilleurs résultats. Préconisé par Bouillaud en 1859, il a été employé avec succès par Chuckerbutty (de Calcutta), par Balfour, Bramwell; il doit être donné à hautes doses; l'action en est obscure, il a réussi dans des cas indépendants de la syphilis, et Balfour a constaté l'absence de caillots dans le sac chez un malade amélioré par ce procédé et mort de maladie intercurrente. L'amélioration n'est souvent que temporaire.

Parmi les méthodes ayant pour but de provoquer la coagulation directe de la poche, nous ne ferons que signaler les injections coagulentes, la calori-puncture, l'acupuncture (Velpeau), la méthode de Guido Baccelli consistant dans l'introduction de ressorts de montre dans le sac. L'électropuncture, appliquée d'abord pour les anévrysmes externes

(1) Effets de l'acétate de plomb dans le traitement des Anévrysmes de l'aorte. *Archives de Médecine*, 1835.

par Philips, Pétrequin, etc, fut appliquée pour la première fois par Ciniselli aux anévrysmes de l'aorte ; admise d'abord en Italie, elle a été adoptée plus tard en Angleterre par Anderson, en France par MM. Dujardin-Beaumetz, Proust, Bucquoy.

Les expériences ont démontré que le passage d'un courant électrique dans le sang peut déterminer une coagulation fibrineuse qui débute au pôle positif. Au pôle négatif il peut se produire une eschare et un écoulement de sang comme conséquence au moment de l'extraction de l'aiguille. On a essayé de prévenir cette eschare en enveloppant l'aiguille de substances isolantes. Ciniselli ayant remarqué qu'elle ne se produisait pas si l'on n'appliquait le pôle négatif aux aiguilles qu'après les avoir d'abord mises en contact avec le pôle positif, a modifié sa méthode dans ce sens. Anderson, et avec lui les médecins anglais et français, font correspondre le pôle négatif avec une plaque appliquée au voisinage de la tumeur. Quelque temps après le passage du courant, on voit souvent les symptômes de compression s'atténuer et les battements de la tumeur diminuer d'intensité, avec retrait de la poche.

Un des faits les plus intéressants est celui de M. Proust. (Obs. dans la thèse de M. Teissier, 1878). Il s'agissait d'un malade atteint d'anévrysme de l'aorte thoracique et présentant en même temps une paraplégie presque complète avec impossibilité absolue de la marche et anesthésie cutanée incomplète, étendue aux deux membres. Cet homme présentait aussi des crampes fort douloureuses se produisant, au moindre mouvement, et surtout pendant l'extension des jambes. Il y eut pendant un certain temps, à la suite de la première séance d'électrolyse, une diminution marquée des phénomènes spinaux, de sorte que le malade put se lever, faire le tour de son lit, tandis que les douleurs

avaient beaucoup diminué. Ce ne fut d'ailleurs qu'un temps d'arrêt et la mort survint au bout de quelques mois après le retour des accidents médullaires.

Les conditions favorables à cette méthode sont un anévrysme sacciforme et l'étroitesse de l'orifice de communication; plus aussi l'anévrysme sera récent et de petit volume, plus il aura de chance de guérison. Cette dernière condition est rarement remplie par les anévrysmes de l'aorte descendante qui ne se mettent en contact avec les parois thoraciques que tardivement et après avoir acquis un volume considérable. Le diagnostic de la forme du sac, du siège précis et des dimensions de l'orifice de communication, offrent le plus souvent de grandes difficultés.

La glace, les préparations styptiques et astringentes appliquées au niveau du sac, n'ont que des indications rares.

Les moyens palliatifs trouveront des indications fréquentes tirées, les unes de l'état général, les autres de certains troubles fonctionnels prédominants.

Les narcotiques, les antispasmodiques sont indiqués contre les douleurs intolérables, la dyspnée. Ils calmeront quelquefois les troubles de la circulation : battements cardiaques tumultueux et irréguliers, menace d'asphyxie. Les saignées, les purgatifs hydragogues, la digitale pourront trouver leur emploi. Les hémorrhagies seront combattues par les moyens ordinaires et surtout le repos. Le cathétérisme est contre-indiqué dans la dysphagie par compression.

Au régime débilitant des anciens, on a généralement substitué le régime analeptique. Enfin, les efforts, les exercices violents, les émotions morales, les excès, les travaux prolongés, doivent être proscrits.

CONCLUSIONS

1° Les anévrysmes de l'aorte thoracique viennent, par ordre de fréquence, après ceux de la crosse et de l'aorte abdominale.

2° Ils se développent le plus souvent aux dépens de la paroi postérieure du vaisseau, et déterminent presque constamment des lésions du rachis.

3° Leur situation profonde les soustrait plus souvent et plus longtemps que ceux des autres portions de l'aorte à nos moyens d'exploration; leur diagnostic est par suite plus difficile.

4° La tumeur proémine le plus souvent en arrière, vers l'angle inférieur de l'omoplate, plus rarement en avant sous la clavicule ou au bord gauche du sternum; quelquefois les signes sont perçus simultanément en avant et en arrière.

5° La mort rapide par rupture de la poche est leur terminaison habituelle. Elle peut survenir sans que l'anévrysme, demeuré latent, ait pu être soupçonné.

6° La communication s'établit ordinairement avec la plèvre gauche, l'œsophage ou la bronche gauche; plus rarement la rupture a lieu dans le poumon, la plèvre droite, le canal rachidien.

7° Les nombreuses améliorations obtenues par l'iodure de potassium à haute dose indiquent son emploi. L'électropuncture demande des conditions de réussite que l'anévrysme de l'aorte thoracique réunit rarement.

OBSERVATIONS

Obs. VI. — **Insuffisance et rétrécissement aortique. - Autopsie. — Anévrysme de l'aorte thoracique, avec dilatation de la crosse.** (Communiquée par M. le docteur A. Ollivier.)

Louis B..., employé, âgé de 49 ans, entre le 6 septembre 1879 à l'hôpital Necker, salle Saint-Jean, dans le service de M. le docteur Ollivier.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Son père est mort d'accident; sa mère d'une affection aigüe de poitrine. Marié à 30 ans, il a eu deux enfants, morts à la suite de privations pendant le siège. Bien qu'il ne fasse pas d'excès vénériens, il accuse des pertes séminales depuis son mariage, ayant cessé seulement depuis deux ans ; ces pertes l'ont considérablement affaibli.

Il a habité la campagne jusqu'à l'âge de 17 ans. A partir de ce moment, il voyage et est exposé aux refroidissements. Il se nourrissait d'une façon irrégulière et commettait de fréquents excès de table. Il n'a jamais présenté de signes d'alcoolisme.

Pas de maladies antérieures sérieuses, jamais de rhumatismes. Depuis cinq ou six ans, il se plaint de douleurs dans les reins, qu'il regarde comme rhumatismales. A la même époque, il commence à éprouver des palpitations sous l'influence des

efforts et des mouvements, et une tendance aux vertiges et à la syncope. Depuis longtemps également il est atteint de troubles dyspeptiques, de douleurs sourdes à l'épigastre, qui ne prennent jamais la forme de crampes gastriques.

Il resta dans cet état et sans grand changement jusqu'en 1877. Vers le milieu de cette année, les jambes commencèrent à enfler le soir. Et en novembre il fut atteint d'anasarque à la suite d'un refroidissement brusque. Il se fit soigner chez lui ; des purgatifs furent administrés, et l'anasarque disparut en cinq jours. Pas d'analyse des urines. A la suite de cet incident il conserva une tendance à l'œdème des membres inférieurs.

Depuis un an cet œdème a progressivement augmenté, et le le malade se trouve très fatigué.

Etat actuel. — Pâleur de la face. Danse des artères du cou. Développement du réseau veineux superficiel du corps. Œdème des membres inférieurs.

Voussure précordiale sur une large surface. La pointe du cœur bat dans le 6e espace intercostal, un peu en dehors du mamelon. La main appliquée sur la région du cœur est soulevée avec force et sur une large étendue. Au niveau de la base du cœur, on perçoit un frémissement cataire à maximum diastolique. A la percussion, la matité cardiaque ne dépasse pas la ligne médiane à droite, mais elle s'étend en bas et à gauche.

A l'auscultation on entend à la base deux souffles : l'un systolique assez rude, qui se prolonge nettement dans les vaisseaux du cou ; l'autre diastolique prolongé et aspiratif. Les souffles qu'on entend à la pointe ne paraissent être qu'un prolongement de ceux de la base. Double souffle crural. Pouls bondissant et régulier.

Aucun signe physique, aucun trouble fonctionnel du côté de l'appareil respiratoire. Pas de dyspnée.

Les fonctions digestives ne sont pas troublées ; l'appétit est conservé. L'abdomen est distendu par un léger degré d'ascite.

Douleurs de reins continuelles ; les urines ne sont pas chargées,

mais un peu albumineuses. Le sommeil est bon, pas de troubles sensoriels, ni d'attaques éclamptiques.

Régime lacté.

Sorti le 16 octobre sur sa demande, le malade rentre de nouveau le 23 du même mois.

Le cœur présente à l'auscultation les mêmes signes. Pas d'œdème des membres inférieurs, pas d'ascite, ventre un peu sensible.

Le malade accuse une douleur assez vive dans la région s'étendant de la 6e dorsale jusqu'à la 3e lombaire, (maximum à la 12e dorsale et à la 3e lombaire). Les masses musculaires sont douloureuses dans le voisinage. Douleur circonscrite, spontanée, exagérée par la pression. Pas de douleurs en ceinture, pas de fourmillements dans les membres inférieurs.

Dyspepsie avec dilatation de l'estomac.

29 novembre. — Douleurs lombo-dorsales persistantes Œdème considérable de cette région.

Janvier. — L'œdème s'est étendu des membres inférieurs au thorax ; quand on ausculte le cœur avec le stéthoscope, les téguments gardent longtemps l'empreinte de l'instrument.

Février. — L'œdème a considérablement augmenté ; il y a de l'ascite et les parois abdominales sont infiltrées de sérosités. Le malade, qui dort sur le côté gauche, se réveille le matin avec de l'œdème du bras correspondant. La verge et le scrotum sont également infiltrés.

A l'auscultation des poumons, on entend surtout en arrière et à la base des râles d'œdème et de congestion. Dyspnée assez intense ; le malade tousse peu, mais expectore d'épais crachats muqueux, peu aérés.

Pas de diarrhée ; l'albumine est précipitée en flocons abondants dans l'urine.

Mars. — L'infiltration va croissant, dyspnée plus prononcée.

28 Mars. — La dyspnée s'accusant de plus en plus, on fait

une ponction abdominale. Issue de 8 litres d'un liquide jaune citrin.

25 Mars. — La situation se trouve momentanément améliorée par la ponction, la dyspnée est moins prononcée; mais l'épanchement se reproduit assez vite.

Le malade est très affaibli; il est tellement infiltré qu'on ne peut le changer de place qu'au prix de grandes douleurs; il n'est plus guère possible de l'ausculter en arrière.

30 Mars. — L'épanchement abdominal est entièrement reproduit. Œdème très étendu; œdème de la face du côté gauche, en rapport avec le décubitus. Dyspnée.

5 Avril. — L'oppression est telle que le sommeil est devenu impossible. En avant on entend d'abondants râles d'œdème et de congestion pulmonaire.

L'état s'aggrave de plus en plus. Le malade urine à peine.

Pas de diarrhée.

9 Avril. — Mort à 5 heures du soir.

Autopsie faite 40 heures après la mort.

Thorax. — A l'ouverture du thorax, on trouve dans chaque plèvre environ deux litres de liquide. Cet hydrothorax double a comprimé les poumons de façon à en réduire considérablement le volume.

Le poumon droit (370 gr.) présente environ le volume du poing; en l'insufflant par les bronches, on parvient à dilater les vésicules pulmonaires les plus superficielles. A la coupe il est congestionné et adématié.

Le poumon gauche (230 gr.) est plus volumineux que le droit, il a néanmoins subi une réduction de volume qu'on peut évaluer environ à la moitié de ses dimensions normales. Il est plus congestionné que le droit.

La plèvre pariétale droite présente, ainsi que la face supérieure du diaphragme de ce côté, des granulations, traces d'une pleurésie ancienne. Rien de semblable à gauche.

Le péricarde est distendu par un demi-litre de sérosité environ.

Le cœur est hypertrophié (poids 405 gr.); sur la face antérieure du ventricule gauche, il existe quelques plaques blanchâtres laiteuses.

L'hypertrophie porte surtout sur le ventricule gauche dont les parois mesurent 2 cent 1/2 au niveau de la partie moyenne. Le ventricule droit est dilaté.

L'orifice aortique est rétréci, il admet à peine l'extrémité de l'auriculaire. Il y a en même temps de l'insuffisance. Les valvules sigmoïdes sont épaissies, peu souples, et présentent quelques plaques athéromateuses.

La valve droite de la valvule mitrale est épaissie ; pas d'athérome; il existe un certain degré d'insuffisante mitrale.

Athérome des artères coronaires.

L'aorte à sa naissance est énormément dilatée, il en est de même de la crosse et de l'aorte thoracique sur laquelle l'anévrysme atteint ses plus grandes dimensions.

A un centimètre au-dessus de son origine, l'aorte mesure 11 centimètres de circonférence ; elle en mesure 13 au niveau de la naissance du tronc brachio-céphalique. C'est au niveau de la 1e vertèbre dorsale qu'elle présente sa plus grande circonférence.

Au moment où elle traverse le diaphragme, l'aorte a encore 16 centimètres, mais à partir de ce point elle reprend son calibre normal.

Lorsqu'on ouvre la cavité de cet anévrysme, on voit que les parois en sont athéromateuses ; il y a de nombreuses petites plaques calcaires.

Il importe de noter qu'il n'y a eu aucun phénomène de compression.

La face antérieure de la colonne vertébrale présente les lésions de l'ostéite raréfiante au niveau de l'anévrysme ; cette portion de

la colonne dorsale constitue la paroi postérieure de l'anévrysme ; les parois de l'artère ont en effet disparu à ce niveau.

Il n'existe pas de lésions athéromateuses sur l'artère abdominale.

Abdomen. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de liquide qu'on peut évaluer environ à 6 ou 7 litres. Les anses intestinales sont distendues par des gaz.

Le foie pèse 1,150 grammes ; il présente sur la face supérieure du lobe droit un sillon profond de 3 centimètres en avant, de 1/2 centimètre en arrière. Ce sillon à concavité tournée à droite et un peu en arrière isole de la masse principale de l'organe un lobe de substance hépatique qui a la forme et les dimension d'un rein dont le hile regarderait en arrière. Sur ce lobe il existe en outre deux petits sillons antéro-postérieurs peu profonds ; par places, quelques plaques opaques, indices d'une périhépatite.

Près du bord tranchant du foie, au-dessus de la vésicule biliaire, il existe deux dépressions ressemblant à des cicatrices ; en arrière, quelques plaques opalescentes comme plus haut. A gauche du ligament supérieur, vers la partie moyenne de l'organe, il existe un sillon de 1 centimètre de profondeur, sur 3 de longueur, à concavité postérieure.

Près de l'extrémité gauche, et disséminées dans trois endroits, il y a de petites plaques noirâtres ; à leur niveau, défaut de résistance de la substance hépatique. Encoche sur le bord tranchant, près de l'extrémité gauche.

A la face inférieure, le lobe gauche est parcouru par un sillon antéro-postérieur, partant du ligament falciforme en arrière, et aboutissant en avant à une bifurcation dont la branche droite se rend au sillon de la veine ombilicale et la branche gauche à l'extrémité gauche du foie, près du bord antérieur. Cette dernière se termine elle-même par deux bifurcations plus petites, dont l'une aboutit à l'encoche signalée, sur le bord tranchant de l'organe, à la face supérieure.

A la coupe, foie cardiaque; pas d'autre altération appréciable.

La rate pèse 210 grammes, sa capsule est un peu épaissie, blanchâtre, macérée dans le liquide abdominal.

Le rein droit pèse 160 grammes, il est congestionné.

Le rein gauche pèse 170 grammes, et est également congestionné. La capsule est épaissie ; néanmoins elle se décortique aisément.

La muqueuse de l'estomac est très congestionnée. La muqueuse intestinale présente également par places une vascularisation très intense.

L'encéphale n'a pas été examiné.

Observation VII. — Anévrysme vrai et anévrysme faux de l'aorte thoracique (Paulet. Présentation à la Société médicale de Lyon, 1880).

Femme, 30 ans. Morte dans le marasme.

Tumeur au côté gauche de la région dorsale étendue de la 5e côte au diaphragme refoulé; faisant également saillie en avant. Cœur repoussé jusqu'au bord droit du sternum.

Autopsie. — Dilatation fusiforme de l'aorte thoracique de 7 centimètres de longueur en avant du corps des 8e, 9e, 10e vertèbres dorsales, anévrysme vrai. La rupture ultérieure a déterminé la formation d'un énorme anévrysme faux. Celui-ci, très volumineux, fait fortement saillie dans la cavité thoracique limitée par la plèvre costale détachée de la paroi et épaissie. Excavation du corps des six dernières vertèbres dorsales, destruction des 8e, 9e, 10e et 11e articulations costo-vertébrales. Refoulement des côtes, leur extrémité articulaire est séparée du rachis par une distance variant de 2 à 7 centimètres. De ce côté, la paroi de l'anévrysme était représenté par une sorte de détritus représentant les muscles des gouttières costo-vertébrales et les intercostaux. La peau avait conservé son apparence normale.

Observation VIII. — Anévrysme de l'aorte thoracique. — Rupture dans le tissu cellulaire du médiastin postérieur (Hirschprung, Copenhague, 1865. *Gazette hebdomadaire*, 1866).

Femme, 34 ans. Depuis six mois, douleurs à l'épigastre et dans l'épaule droite. Sensation de rupture interne, au milieu d'efforts de vomissements, suivie d'une douleur vive et d'accès de suffocation.

Décubitus dorsal impossible, la tête est renversée en arrière, la face cyanosée, anxieuse. Le cou est tuméfié, la trachée projetée en avant; tumeur élastique à la palpation, sans crépitation. Les accès de suffocation se succèdent par intervalles. Mort au milieu de convulsions.

Autopsie. — Immédiatement au-dessus du diaphragme, dilatation anévrysmale de l'aorte thoracique, du volume d'un œuf d'oie. Rupture du sac à la partie antérieure; extravasation du sang dans le tissu cellulaire du médiastin : le sang s'est infiltré jusque vers le cou, à travers la couche profonde du tissu cellulaire. Mais tandis que l'extravation sanguine ne formait qu'une étroite traînée dans le médiastin, elle avait pris une extension considérable dans le tissu cellulaire du cou.

Observation IX. — Anévrysme de l'aorte descendante (Finny. The Dublin. Journal, 1876, *Revue des sciences médicales*, 1878, t. XII).

Homme, 34 ans. Douleurs vives dans le dos en soulevant un fardeau, persistant avec paroxysmes, s'irradiant vers la région lombo-sacrée et l'épine iliaque, puis à la cuisse et aux bourses, dans la direction du nerf crural et de la branche fémoro-génitale, simulant la lithiase vénale. Les crises deviennent absolument intolérables.

Sept mois après le début de ces souffrances, on constate une rénitence au niveau de la région inguinale gauche; tumeur allongée parallèle à l'arcade de Fallope, non pulsatile.

Plus tard, apparition de pulsations au niveau de la 12e côte; aucun souffle; on diagnostique un anévrysme.

Un accès de douleur épouvantable avec petitesse du pouls, lipothymie, vomissements, précède de quelques jours la mort. Les membres inférieurs présentent pendant les derniers moments la perte du mouvement, mais non de la sensibilité; hyperesthésie excessive.

Autopsie. — Énorme anévrysme qui avait décollé le péritoine du diaphragme au ligament de Fallope. Le sang s'était épanché entre les différents plans aponévrotiques. Un caillot englobait le nerf crural. Le siège de l'anévrysme était situé dans le médiastin postérieur, immédiatement au-dessus des piliers du diaphragme; les vertèbres correspondantes étaient détruites, ainsi que le pilier gauche.

Observation X. — Anévrysme de l'aorte thoracique descendant dans l'abdomen et jusque dans l'intérieur du muscle psoas (Société anatomique, 1838).

Le malade présentait une tumeur saillante en arrière, sous les fausses côtes droites, animée de battements. Douleurs lombaires s'irradiant dans la cuisse droite, dont les mouvements étaient difficiles. Sueur paraissant seulement sur le côté gauche du corps. La mort succède à des hémoptysies.

Autopsie. — On constate à la partie inférieure de l'aorte thoracique une tumeur constituée par une vaste poche répondant aux quatre dernières vertèbres dorsales et aux deux premières lombaires. A droite, la tumeur a soulevé le diaphragme, le rein aplati forme sa paroi postérieure; le foie est poussé en avant, et la poche s'avance jusque dans l'intérieur du muscle psoas. Elle repose en arrière sur les muscles sacro-lombaires amincis et les deux dernières côtes; la dernière côte est fracturée près de son angle. Usure des quatre dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire. A gauche, la tumeur fait une saillie beaucoup

moindre. L'orifice de communication est située à la paroi postérieure de l'artère, au niveau de la 10e vertèbre dorsale.

Observation XI. — Anévrysme disséquant des portions thoracique et abdominale de l'aorte, avec compression du calibre de l'artère (Helsch. Wiener Medic. Wochenschrift, 1867. *Gazette hebdomadaire*, 1868).

Anévrysme découvert chez une fille de 52 ans, en traitement depuis plusieurs semaines pour une maladie de Bright.

Autopsie. — L'aorte formait un bourrelet un peu irrégulier, comme fongueux au toucher; il en était de même pour l'aorte abdominale. Au niveau de l'origine de l'artère sous-clavière gauche existait un anévrysme sacciforme. Un demi-pouce au-dessous de cet anévrysme, l'aorte prenait la forme d'un boudin. A ce niveau se trouvait un orifice qui était l'origine d'un canal cylindrique formé entre la tunique externe et la moyenne. Ce canal s'étendait dans toute la longueur de la portion thoracique et de la portion abdominale, et s'avançait le long de l'artère iliaque commune gauche sur une étendue de deux pouces. Le calibre de l'aorte était réduit à une fente aplatie. Entré par l'orifice déjà décrit, le sang communiquait avec l'intérieur de l'aorte par plusieurs orifices.

Observation XII. — Anévrysme de l'aorte thoracique. — Pneumonie chronique (cirrhose pulmonaire). (Société anatomique, 1868.)

Homme, 43 ans. Se plaignant depuis deux ans de douleurs très vives le long de la colonne vertébrale au niveau de la région lombaire. Le décubitus dorsal ne peut être gardé longtemps. Affaiblissement. Matité très accentuée en arrière du thorax, à gauche, au niveau de l'omoplate; ni souffle, ni impulsion, ni battements; respiration régulière.

Plus tard, la respiration devint gênée, la matité du côté gauche

envahit toute la hauteur de la poitrine; souffle en avant et en arrière, mais pas d'égophonie. On constata également une pulsation isochrone au battement du cœur au niveau du scapulum. Mort par affaiblissement progressif.

Autopsie. — Le poumon droit est sain; le poumon gauche plus pesant, plus dense et plus résistant qu'à l'état normal. De l'examen histologique, fait par M. Vulpian, il résulte qu'il s'agissait d'une pneumonie chronique ou cirrhose pulmonaire, caractérisée par l'hyperplasie du tissu conjonctif de la plèvre et des cloisons interlobulaires et même interalvéolaires, disparition d'un certain nombre d'alvéoles, accumulation de corps granuleux dans ceux qui existent encore, dilatation de plusieurs bronches.

Sur le trajet de l'aorte, un peu au-dessus de la bronche gauche, commence une dilatation qui présente 12 centimètres de longueur. C'est un anévrysme fusiforme adhérent en avant à la bronche gauche et aux vaisseaux pulmonaires. En dehors une large ouverture communique avec une seconde cavité plus grande située à gauche.

Observation XIII. — Anévrysme de l'Aorte. — Ulcération des Vertèbres. — Gibbosité. (J. Comby. — Société anatomique 1878).

Homme, 49 ans. Se plaignant depuis deux ans de douleurs dans le flanc gauche et la cuisse du même côté. Apparition d'une gibbosité à la partie inférieure de la région dorsale. La marche devient impossible sans béquilles, quoiqu'il n'y ait à aucun moment de paraplégie. La gibbosité est petite, anguleuse; la pression n'est pas douloureuse. La palpation du flanc gauche fait sentir une rénitence, et provoque des douleurs vives. On diagnostique un mal de Pott, avec abcès par congestion, sans paraplégie.

Quatre mois plus tard, l'état général s'est aggravé; apparition

brusque de douleurs très vives; distension de l'abdomen à gauche, battements très nets. Mort 13 heures après. On pense à un anévrysme de l'aorte ouvert dans l'abdomen.

Autopsie: Intégrité de la cavité abdominale. Sous le péritoine il existe une masse sanguine s'étendant du diaphragme à l'arcade de Fallope. Au-dessus du tronc cœliaque est un petit anévrysme sacciforme du volume d'une noisette. En arrière est un sac volumineux naissant de la paroi postérieure de l'aorte par un orifice étroit; l'aorte passe en avant, les piliers du diaphragme ont été refoulés. Le sac est bilobé; le lobe droit fait saillie dans la cavité thoracique; le gauche a usé les dernières vertèbres dorsales, le sac est en contact avec la dure-mère épaissie.

Observation XIV. — **Anévrysme de l'aorte pectorale descendante avec paraplégie. Compression de la moelle. (Société anatomique, 1841).**

Homme, 56 ans. Se plaint de sentir depuis deux ans une grosseur dans la région dorsale, accompagnée de battements. Cinq mois après, il ressent dans les extrémités inférieures de l'engourdissement, avec fourmillements; parésie croissante.

On constate une tumeur à la région postérieure du thorax, du côté gauche, vers l'angle inférieur de l'omoplate, avec battements, sans frémissement vibratoire, double claquement, pas de souffle.

Douleurs lancinantes, par intervalles. Paralysie complète du sentiment aux deux extrémités inférieures, avec fourmillement; paralysie incomplète du mouvement, allant croissant.

Sensation de constriction autour du thorax. Pas de troubles de la miction ni de la défécation. Le malade succombe asphyxié après des hémoptysies répétées.

Autopsie : Anévrysme à l'origine de la portion descendante de l'aorte; l'orifice situé à la paroi postérieure présente deux centi-

mètres. La tumeur irrégulière présente deux saillies : une grosse logée dans le poumon gauche, où elle est comme enchatonnée, s'étant rompue dans le tissu pulmonaire ; une moindre qui a perforé en arrière la paroi thoracique et est recouverte par les muscles long-dorsal et sacro-lombaire. Les sixième, septième, huitième et neuvième vertèbres dorsales sont détruites jusqu'au canal, la dure-mère est adhérente aux parois du sac qui paraît comprimer le cordon rachidien. Pas d'altération appréciable de la moelle.

Observation XV. — Anévrysme ouvert dans le canal rachidien. (Laënnec. *Archives de la Médecine*, 1825).

La maladie fut soupçonnée pendant la vie parce que, tandis que la percussion du thorax en arrière entre l'épine et le bord interne du scapulum rendait un son mat, la respiration était entendue naturelle, mais reculée, ce qui annonçait une tumeur entre les parois thoraciques et le poumon.

L'anévrysme s'ouvrit dans le canal rachidien après avoir détruit le corps d'une vertèbre et causa la mort en comprimant la moelle épinière. Une paraplégie survint dans les six dernières heures de la vie.

Observation XVI. — Anévrysme de l'aorte thoracique avec prolongement dans le canal vertébral ouvert. (Andral. *Archives de Médecine*, 1854).

Le malade, âgé de 46 ans, éprouvait depuis environ trois mois des élancements douloureux et de l'affaiblissement des membres inférieurs, des douleurs dans la région du dos. Déviation du rachis au niveau de la septième vertèbre dorsale. Mort brusque.

Autopsie : On trouve dans le canal vertébral une poche pleine de caillots à divers degrés de décoloration, anfractueuse, étendue de la cinquième à la huitième vertèbre, pourvue de nombreux

diverticules et dépendant elle-même d'une tumeur anévrysmale située à la partie postérieure gauche de l'aorte. Le sang s'est creusé un large trajet entre la sixième et la septième vertèbre dorsale.

OBSERVATION XVII. — Scheele. Berlin. Klin. Wochenschrift. 1878. (*Revue des sciences médicales*. 1880, t. 16).

Homme, 43 ans. Deux ans avant la mort, douleurs fixes, térébrantes dans les lombes; raideur et immobilisation du rachis; émaciation extrême, simulant un cancer des vertèbres dorsales. Les derniers temps pulsation de l'épigastre, avec soulèvement systolique du rebord costal gauche : diagnostic, anévrysme de l'aorte thoracique. Paraplégie brusque avec perte des mouvements réflexes et anesthésie. Mort rapide.

Autopsie : Anévrysme du volume du poing, situé au-dessus des piliers du diaphragme, à la paroi antérieure de l'aorte. Orifice situé au-dessus du tronc cœliaque oblitéré par un caillot. Usure profonde de la 11e vertèbre dorsale. (Pas de détails sur l'état du canal).

OBSERVATION XVIII. — Anévrysme de l'aorte thoracique. Infarctus dans la rate. Embolie dans le tronc tibio-péronier. Rupture dans la plèvre gauche. (Maunoury. Société anatomique. 1875).

Homme, 38 ans. Depuis quelques mois émaciation très prononcée, douleurs lombaires, avec irradiation vers le flanc gauche. Quelque temps avant la mort, le malade est pris trois jours de suite d'un violent frisson. Douleur vive dans le pied droit qui devient brusquement froid, abolition des mouvements. La douleur remonte jusqu'au genou ; le mollet est douloureux à la pression. Mort brusque.

Autopsie : Épanchement très abondant de sang dans la plèvre gauche. Sur l'aorte on constate de petites dilatations anévrys-

males au-dessus des valvules sigmoïdes. Immédiatement au-dessous de la bronche gauche, une dilatation du volume d'un œuf de dinde. Deux centimètres plus bas se trouve l'anévrysme qui a été le siège de la perforation, du volume du poing; érosion des vertèbres.

Rate volumineuse, traces d'infarctus anciens. Le tronc tibio-péronier du côté droit est oblitéré par un caillot.

OBSERVATION XIX. — Double anévrysme de l'aorte thoracique. Rupture dans le tissu cellulaire sous-pleural. (Cloquet. *Archives de Médecine*. 1823).

Le plus volumineux naît de la partie postérieure de l'aorte, immédiatement au-dessous de sa courbure; il a détruit une portion des corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales, les côtes correspondantes et s'est fait jour à travers la paroi postérieure et latérale gauche de la poitrine, pour se développer sous les muscles du dos. Il s'est rompu au-dessous de la plèvre, qui a été décollée des côtes et muscles intercostaux correspondants. La plèvre s'est ensuite déchirée et le malade a été suffoqué par l'épanchement du sang dans sa cavité. L'autre tumeur naît également de la paroi postérieure de l'aorte, à trois pouces au-dessous de la précédente.

OBSERVATION XX. — Anévrysme de l'aorte thoracique. Rupture dans la plèvre gauche. Compression du canal thoracique. (Morgagni. *XVIIe Lettre*).

Homme, 75 ans. Amaigrissement très prononcé les dernières années qui précèdent sa mort ; dyspnée, douleur au côté gauche de la poitrine, palpitations. Mort par asphyxie, après quelques hémoptysies accompagnées de syncopes.

Autopsie : Épanchement du sang dans la plèvre gauche. Aorte dilatée en forme d'un énorme anévrysme dans tout le trajet du

cœur au diaphragme. Dilatation des vaisseaux chylifères ; la surface correspondante de l'intestin est parsemée de taches blanchâtres, et de petites excavations irrégulières remplies de chyle. Compression du canal thoracique. Santorini aurait observé semblable lésion sur un sujet mort d'anévrysme.

OBSERVATION XXI. — Anévrysme de l'aorte. Compression du nerf récurrent, de la bronche gauche et de l'œsophage. (Hallopeau. Société anatomique. 1868).

Homme, 57 ans. Douleur croissant d'intensité à l'hypocondre droit. Gêne de la déglutition ; accès fréquents de dyspnée, amaigrissement. Décubitus dorsal impossible. Altération de la voix. Dilatation des veines du membre supérieur gauche, et des parties correspondantes du cou et du thorax. Dans la région sous-claviculaire gauche on constate un soulèvement en masse après la systole, pas de pulsation, double bruit de percussion. Pouls petit. Affaiblissement du murmure vésiculaire dans le poumon gauche. Aggravation des symptômes de compression, le malade meurt asphyxié.

Autopsie. — Cœur abaissé et dévié à gauche. Atrophie du poumon gauche. Tumeur anévrysmale de l'aorte descendante, fusiforme, commençant à 2 centimètres au-dessous de l'orifice de la sous-clavière gauche. Refoulement du cœur, compression du tronc veineux brachio-céphalique gauche, de l'artère et des veines pulmonaires, du pneumogastrique. Le récurrent adhère à son extrémité supérieure. Compression de l'œsophage, sphacèle de ses parois, deux perforations s'ouvrant l'une dans la bronche droite, l'autre dans la tumeur. Compression de la bronche gauche. Excavation profonde creusée dans les corps des quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième vertèbres dorsales.

Observation XXII. — **Anévrysme de l'aorte thoracique. Sac formé en partie par les parois de l'œsophage. (Le Piez. *Gazette des hôpitaux.* 1869).**

Point de côté à droite au-dessous du mamelon, signes négatifs à l'examen du thorax. Apparition de dysphagie. Tout autour de cette poche principale existe une infiltration sanguine : une ouverture du sac donne accès dans une cavité formée par les parois de l'œsophage disséquées; la couche des fibres circulaires se trouve dissociée ; l'anévrysme s'est creusé une poche dans l'épaisseur de cette couche, remontant jusqu'au niveau de la fourchette sternale. Une autre poche est formée aux dépens du tissu cellulaire du médiastin et de la plèvre. L'estomac est distendu par du sang.

Observation XXIII. — Anévrysme de l'aorte thoracique avec perforation de l'œsophage. (Walh. *Gazette hebdomadaire* 1862 .

Homme, 35 ans. Le malade se présente accusant de la dysphagie. On constate les signes d'épanchement pleural et d'insuffisance mitrale. Le pouls fait absolument défaut à gauche. On diagnostique : rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

Autopsie. — Hydrothorax gauche. Oblitération de la sous-clavière gauche par un trombus. Sac anévrysmal s'étendant de son origine à l'orifice du diaphragme.

Observation XXIV. — Anévrysme de l'aorte descendante ouvert dans l'œsophage. (Leudet. Société anatomique. 1851).

Homme, 42 ans. Depuis un an, oppression, dyspnée, douleurs déchirantes à la région précordiale. Difficultés à marcher, le corps droit. Double souffle au cœur. Pas de tumeur appréciable. Diagnostic : Rétrécissement et insuffisance mitrales.

Hématémèses et selles sanguignolentes pendant quatre jours. Mort.

Autopsie. — Anévrysme du volume d'une grosse pomme, adhérent en arrière à trois vertèbres érodées; plaques ossiformes sur toute l'étendue de l'artère. Légère hypertrophie du cœur, pas de lésions valvulaires. Communication avec l'œsophage.

Observation XXV. — Anévrysme de l'aorte qui s'ouvrit dans l'œsophage et n'entraina la mort que deux mois après. (Samuel Cooper, Méd. Chir. Transactions. t. 16. *Archives de Médecine*. 1833).

Homme, 38 ans. Palpitations, dyspnée, crachats sanglants. Hématémèse très abondante deux mois avant la mort. Tumeur proéminente au côté gauche des vertèbres dorsales, battements énergiques. Mort par hématémèse

Autopsie. — Sac anévrysmal très vaste. comprenant toute l'aorte descendante. Communication large avec l'œsophage. Compression du poumon gauche. Destruction des extrémités vertébrales des sixième et septième côtes, des apophyses transverses et des corps vertébraux.

Observation XXVI. — Anévrysme de l'aorte thoracique descendante ouvert dans l'œsophage. (Leudet. *Mémoires de la Société de Biologie*. 1813).

Homme, 45 ans. Palpitations, dyspnée, pas de dysphagie. Mort par hématémèse.

Anévrysme du volume du poing sur l'aorte descendante. Orifice de quatre centimètres. Erosion de trois vertèbres baignées par le sang. Communication très large avec l'œsophage.

Observation XXVII. — (Servoin, Société anatomique. 1861).

Homme, 47 ans. Se plaint de quelques douleurs dans le dos depuis environ trois mois. Anémie profonde. Vomissement subit et très abondant de sang rutilant, répété à quatre reprises, mort le lendemain.

Dilatation uniforme de la crosse de l'aorte. Dépôts athéromateux. Anévrysme fusiforme du volume du poing commençant après la sous-clavière gauche. Perforation à la face antérieure de l'œsophage de 5 centimètres de diamètre. Adhérences aux vertèbres non altérées.

Observation XXVIII. — (Armiger. Méd. chir. Transactions. t. 2. Société anatomique. 1861).

Homme, 43 ans. Dysphagie rapportée au dessous du rebord des fausses côtes gauches. Palpitations. Pas de tumeur. La palpation donne au côté gauche la sensation de battements. Hématémèse abondante, mort le soir même.

Tumeur anévrysmale située au niveau des huitième, neuvième, dixième et onzième vertèbres dorsales. Communication avec l'œsophage de deux pouces, au dessus de l'orifice du diaphragme, pas de lésion des vertèbres.

Observation XXIX. — (Reardon, de Dublin, Société anatomique. 1861).

Homme, 42 ans. Douleurs à la région lombaire: palpitations; oppression. Gêne de la déglutition. Vomissement sanguin abondant. Mort immédiate.

Anévrysme du volume de deux poings à la partie supérieure de l'aorte descendante, au niveau des quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales. Usure des corps vertébraux. Communication avec l'œsophage. Deux anévrysmes sur le trajet de l'aorte abdominale.

Observation XXX. — (Popham. *Archives de Médecine*. 1858).

Homme, 33 ans. Douleurs à l'épigastre. Palpitations. Gêne de a déglutition. Battements cardiaques exagérés. Émaciation considérable. Trois jours avant la mort, douleur à la région précor-

diale, dypsnée extrême ; augmentation d'étendue de la matité cardiaque, affaiblissement des battements. Péricardite. Mort brusque.

Tumeur anévrysmale très volumineuse de l'aorte descendante. Érosion de cinq vertèbres dorsales. Adhérence à l'œsophage, sphacèle des parois, perforation. Estomac distendu par le sang.

Observation XXXI. — (Éphémérides de Montpellier, t. 6. Société anatomique 1861).

Homme, 44 ans, Pendant plusieurs années : oppression, douleur précordiale, toux sèche; palpitations; pas de dysphagie. Diagnostic : Affection cardiaque. Mort subite pendant la nuit.

Anévrysme du volume d'une orange au niveau de la cinquième vertèbre dorsale. Cœur volumineux. Perforation de l'œsophage. Estomac distendu par un énorme caillot sanguin.

Observation XXXII. -- Anévrysme de l'aorte descendante. Mort à la suite d'une hémoptysie foudroyante. (Bosc. Société anatomique, 1828).

Homme, 63 ans. Depuis plusieurs années, palpitations, dyspnée, hémoptysies répétées ; cyanose, vertiges, battements du cœur normaux ; hémoptysie mortelle en dix minutes.

Sac anévrysmal à l'origine de la portion descendante; adhérence au poumon gauche; rupture dans son parenchyme, déchirure remplie de caillots sanguins.

Observation XXXIII. — Gairdner, Glascow, *Med. journal*, 1875, *Revue des Sciences médicales*, 1875, t. VI.

Troubles respiratoires très prononcés; hémoptysies répétées. Symptômes cavitaires au sommet; toux laryngée. Mort par hémoptysie.

Anévrysme de la portion descendante. A gauche, adhérences

à la bronche et à l'artère pulmonaire. Atrophie du poumon. Compression du récurrent. Ouverture dans la bronche gauche.

OBSERVATION XXXIV. — (Société anatomique, 1842.)

Homme, 54 ans. Hémoptysies survenant dans la convalescence d'une pneumonie du côté gauche. Mort brusque.

Tumeur du volume d'une pomme d'api à l'origine de l'aorte descendante. Adhérences à l'œsophage et à la bronche gauche. Perforation de la bronche.

OBSERVATION XXXV. — (Leudet, Société de biologie, 1857.)

Femme, 37 ans. Depuis 18 mois, dyspnée, léger œdème des membres inférieurs; dilatation des ramuscules artériels au thorax et au dos. Légère gêne de la déglutition. Mort en un quart d'heure par hémoptysie.

Rétrécissement très étroit de l'aorte au-dessous de la sous-clavière gauche; immédiatement au-dessous, vaste anévrysme à plusieurs poches. Deux orifices de communication entre la bronche et l'anévrysme.

OBSERVATION XXXVI. — (Alfred-Jean, Société anatomique, 1835).

Homme, 58 ans. Dyspnée, toux quinteuse. Matité et souffle tubaire au sommet gauche. Emaciation. Mort après des hémoptysies répétées.

Dilatation de la crosse et de l'aorte thoracique jusqu'au diaphragme. Refoulement et inflammation du poumon gauche. Ulcération de la bronche gauche.

OBSERVATION XXXVII. — (George Greene, *Archives de médecine*, 1835).

Depuis deux ans, toux paroxystique, dyspnée; puis légère dysphagie. Respiration faible dans le poumon gauche.

Impulsion à la partie antérieure du thorax; et en arrière le long de la colonne vertébrale, au côté gauche des apophyses épineuses. Bruit de soufflet. Mort par hémoptysie en une demiheure.

Sac anévrysmal du volume d'une orange au niveau de la bronche gauche. Second sac plus volumineux au niveau de la septième vertèbre dorsale, à la face antérieure de l'aorte. Cavité pleurale remplie de sang; poumon gauche infiltré de sang. Compression légère de la bronche gauche et perforation.

Observation XXXVIII. — Lebert, *Anat, pathol.*, t. I.

Homme, 54 ans. Anévrysme situé à la partie inférieure et postérieure de la crosse de l'aorte. Plèvre gauche contenant 2,500 grammes de sang. Cœur un peu volumineux. Adhérence à la bronche gauche.

Observation XXXIX. — (Ullé, Société anatomique, 1868).

Dyspnée, hémoptysies répétées. Mort subite dans un accès de suffocation.

Anévrysme de l'aorte. Rupture dans la plèvre au niveau de l'adhérence au poumon gauche. La plèvre gauche est remplie de caillots sanguins. Adhérence au poumon gauche; communication avec une petite bronche.

Observation XL. — Landrieu, Société anatomique, 1868).

Homme, 70 ans. Palpitations; léger souffle systolique à la pointe. Râles humides aux deux bases des poumons. Mort subite.

Anévrysme de la portion descendante. Perforation au-dessous du pédicule pulmonaire. Distension de la plèvre gauche par du

sang en partie coagulé. Érosion des cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales.

OBSERVATION XLI. — (Piorry, *Archives de médecine*, 1840).

Homme, 50 ans. Douleurs lombaires et au côté gauche, puis palpitations. Matité cardiaque augmentée; bruits sourds, point de souffle; pouls régulier.

Voussure à la partie postérieure et moyenne du thorax à gauche. Battements isochrones au pouls. Matité. Double bruit sans souffle. Mort rapide; hémoptysies répétées. Symptômes d'hemorrhagie interne.

Au niveau de la bronche gauche, vaste cavité anévrysmale, orifice à la partie postérieure. Épanchement sanguin dans la plèvre gauche. Déviation à droite de l'œsophage, du cœur et de l'aorte. Hypertrophie cardiaque. Apoplexie pulmonaire à gauche. Érosion des huitième, neuvième et dixième vertèbres et des côtes correspondantes.

OBSERVATION XLII. — Morgagni. XXIe lettre anatomique.

Femme. Douleur persistante au côté gauche de la poitrine. Mort brusque.

Anévrysme périphérique de l'aorte s'étendant de la sous-clavière gauche au diaphragme. Dilatation de la crosse. Épanchement sanguin dans la plèvre gauche. Érosion profonde des vertèbres, de leurs apophyses transverses et de la partie voisine des côtes. Adhérences intimes au poumon gauche induré, formant une partie du sac anévrysmal.

OBSERVATION XLIII.—(Popham. *Extraits du Journal de Schmidt.* Archives de médecine, 1858).

Femme, 68 ans. Douleur au milieu du dos; affaissement du côté gauche du thorax. Absence de murmure vésiculaire. Res-

piration puérile à droite. Battements artériels très exagérés dans les artères. Cœur refoulé à gauche.

Tumeur volumineuse à l'angle inférieur du scapulum. Impulsion forte; double bruit, le premier soufflant. Dilatation des veines superficielles du thorax. Mort subite.

Immense sac anévrysmal adhérent à 6 vertèbres érodées. Rupture dans la plèvre gauche. Poumon gauche atrophié. Cœur un peu hypertrophié, refoulé à gauche.

OBSERVATION XLIV. — (Bramwell. *Revue des sciences médicales*, 1878.)

Homme, 40 ans. Douleurs et insomnie persistantes. Émaciation excessive; angoisse respiratoire. Amélioration considérable par l'iodure de potassium. Mort brusque.

Anévrysme volumineux de la partie inférieure de l'aorte thoracique et supérieure de l'aorte abdominale. Rupture dans la plèvre gauche.

OBSERVATION XLV. — (Société anatomique, 1850.)

Homme, 50 ans. Dyspnée très prononcée depuis six mois. Emphysème pulmonaire, battements tumultueux et exagérés du cœur. Mort à la suite d'un accès de suffocation.

Tumeur anévrysmale du volume du poing au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire, remplie de caillots fibrineux. Altération profonde du corps des 11[e] et 12[e] vertèbres dorsales en contact immédiat avec le sang. Épanchement de sang dans la plèvre gauche. Emphysème des deux poumons. Légère hypertrophie du cœur.

OBSERVATION XLVI. — (Gros. Alger Médical. 1881. *Revue des sciences médicales*. 1883.)

Homme, 50 ans. Douleurs vives depuis six mois dans le dos

et au côté gauche. Épanchement pleural gauche. Tumeur pulsatile au niveau des vertèbres dorsales supérieures. Deux séances d'électro-puncture à 10 jours d'intervalle. Thoracentèse. Mort brusque un mois après la première opération.

Tumeur anévrysmale à la partie supérieure de l'aorte descendante ouverte dans la plèvre gauche.

OBSERVATION XLVII. — (Laborde, *Société de biologie*, 1859).

Homme, 62 ans. Dyspnée de longue date; asphyxie imminente à l'entrée à l'hôpital, cyanose, pouls petit. État d'asystolie. Amélioration par la digitale. Mort subite.

Anévrysme considérable de l'aorte descendante développé à gauche. Hypertrophie cardiaque. Caillot cruorique volumineux dans la plèvre gauche.

OBSERVATION XLVIII. — (Landouzy. *Société anatomique*, 1872.)

Homme, 68 ans. Douleur sourde au côté gauche, au niveau des dernières côtes, de date ancienne. Mort subite.

Anévrysme du volume du poing siégeant à la partie terminale de l'aorte descendante. Déchirure à gauche. La plèvre gauche est remplie par un énorme caillot. Érosion des 10e et 11e vertèbres dorsales. Adhérences au poumon gauche.

OBSERVATION XLIX. — (Morgagni. XXVIe lettre anatomique (d'après Valsalva).

Homme, 50 ans. — Anhélation habituelle; quelques crachements de sang. Mort rapide avec symptômes d'hémorrhagie interne.

Dilatation anévrysmale au point où l'aorte devient descendante. La plèvre gauche est remplie de sang coagulé. Érosion des vertèbres.

OBSERVATION L. — (Coyne, *Société anatomique*, 1871.)

Homme, 59 ans. Aphonie; pneumothorax gauche dans les derniers jours, suivi d'épanchement. Mort par syncope.

Anévrysme au niveau de la bronche gauche; déchirure au niveau de la scissure interlobaire du poumon gauche. Sérosité et caillots sanguins dans la plèvre. Compression des nerfs pneumogastrique et récurrent gauches.

OBSERVATION LI. — (Gigou. *Archives de médecine*, 1848.)

Homme, 45 ans. Tumeur pulsative, hémisphérique, du volume du poing au niveau de l'omoplate gauche. Double claquement. Souffle rapeux. Mort à la suite d'hémoptysies.

Sac anévrysmal à la partie supérieure de l'aorte descendante, bilobé. Anévrysme sacciforme. Un lobe dans le thorax adhère au poumon gauche. Déchirure de la plèvre et du sac au voisinage de l'adhérence. Lobe extérieur du volume d'une tête de fœtus, soulèvement de l'omoplate.

OBSERVATION LII. — (G. Greene. *Archives de médecine*, 1835.)

Homme, 43 ans. Dysphagie depuis neuf mois. Mort subite. Anévrysme répondant aux 5e et 6e vertèbres dorsales. Altération du corps des vertèbres. Rupture dans la plèvre droite.

OBSERVATION LIII. — Morgagni. XXVIe lettre (d'après Santorini),

Dyspnée habituelle. Douleurs à la région lombaire. Mort subite. Anévrysme du volume du poing situé très près du diaphragme. Rupture dans la plèvre droite.

OBSERVATION LIV. — (Société anatomique, 1817.)

Homme, 49 ans. Symptômes d'hypertrophie du cœur. Forma-

tion d'un épanchement pleural droit trois jours avant la mort.

Vaste anévrysme étendu de l'origine de l'aorte descendante à la mésentérique supérieure. Déchirure étendue; rupture dans la plèvre droite. Dilatation de l'orifice aortique du diaphragme ; pas d'altération des vertèbres. Hypertrophie considérable du cœur gauche.

Observation LV. — (Gull. London Med. Gaz. 1839. *Archives de médecine*, 1839.)

Homme, 56 ans. Début brusque de dysphagie complète. Sensation d'arrêt à trois pouces au-dessus du cardia. Mort par inanition 15 jours après le début de la dysphagie.

Vaste sac anévrysmal comprenant toute l'étendue de l'aorte thoracique. Caillots fibrineux. Compression de l'œsophage, aspect gangréneux et ramollissement au même niveau.

Obs. LVI. — Becquerel. Société anatom. 1839.

Homme, 62 ans. — Depuis 18 mois, dyspnée, palpitations ; douleurs vives au côté gauche et dans le dos. Battements cardiaques énergiques soulevant la région précordiale. Souffle au 1er temps. Pouls régulier très petit. Le malade succombe à la cachexie.

Vaste poche anévrysmale occupant toute la moitié du thorax du côté gauche. Altération des 7e, 8e, 9e et 10e vertèbres dorsales. Adhérences au lobe inférieur du poumon gauche condensé. Disparition de la paroi anévrysmale au niveau des vertèbres et du poumon. Cœur refoulé en avant.

Obs. LVII. — Dujardin-Beaumetz. Clin. thérapeut. 1880.

Homme, 50 ans. — Tumeur énorme à la région dorsale, pulsative; double battement, pas de souffle. Cachexie.

Tumeur anévrysmale énorme au-dessus du diaphragme : circonférence 57 centimètres ; bilobée. Orifice à la partie postérieure de 7 centimètres. Le lobe gauche comprime le poumon. Le lobe droit fait saillie dans la cavité thoracique droite, moins volumineux. Cœur légèrement refoulé à droite. Usure des 8, 9e et 10e côtes gauches. Erosion étendue des vertèbres.

Obs. LVIII. — Rob. Sam. Archer. Gaz. hebdom de Méd. et de Chir. 1880.

Homme, 42 ans. — Douleur à la région interscapulaire depuis plusieurs années. Les derniers temps, vomissements de matières muco-purulentes. Mort d'épuisement.

Anévrysme fusiforme de l'aorte descendante. Erosion des 4e, 5e et 6e vertèbres dorsales, formant la paroi postérieure du sac. Communication de l'œsophage avec la bronche gauche.

Obs. LIX. — Respaut. *Progrès Médical.* 1883.

Homme, 48 ans. — Douleur du côté de l'épaule gauche, ni dysphagie, ni accès de suffocation. Alcoolisme. Symptômes de paralysie générale.

Anévrysme de la partie inférieure de l'aorte descendante, s'étendant de la 5e vertèbre dorsale à l'angle de la 10e côte. Altération profonde des vertèbres et d'un grand nombre de côtes. La tumeur est seulement séparée de la peau en arrière par une couche mince de tissu musculaire.

Obs. LX. - Legendre. Société médic. des hôpitaux. 1854.

Homme, 50 ans. — Depuis deux ans, point douloureux fixe interscapulaire ; oppression, respiration sifflante, toux sèche, depuis six mois. Dysphagie les derniers jours. Accès de suffocation répétés, terminés par la mort.

Anévrysme fusiforme de l'aorte descendante. Destruction de la

paroi postérieure de la tumeur au niveau des vertèbres érodées. Déviation de l'œsophage. Adhérences à la bronche gauche et à la partie postérieure du poumon gauche

Obs. LXI.— Habershon. Diseases of the alimentary canal. 1857.

Homme, 34 ans. — Douleur fixe au niveau du sein gauche, puis dyspnée, dysphagie. Mort par suffocation.

Tumeur du volume d'une orange à la fin de la crosse de l'aorte, deux autres tumeurs sur les portions ascendante et transverse. Compression de l'œsophage, aspect gangréneux. Compression des deux bronches.

Obs. LXII. — Vésale. Sépulchretum anatomic. L. IV. (Morgagni, XVIIe Lettre.)

Une tumeur pulsative au niveau des vertèbres dorsales, conduit Vésale à porter le diagnostic d'anévrysme de l'aorte thoracique.

Anévrysme de l'aorte thoracique du volume d'un œuf d'autruche. Altération profonde des vertèbres voisines et des côtes.

Obs. LXIII. — Molloy. Société anatomique. 1840.

Chez une vieille femme de la Salpétrière, morte d'érysipèle de la face, on trouve une poche anévrysmale du volume d'un œuf au niveau des 6e et 7e vertèbres dorsales. Erosions très profondes des corps vertébraux en contact immédiat avec le sang.

Obs. LXIV. — Chandeleux. *Lyon médical.* 1875.

Homme, 51 ans. — Emaciation, altération de la voix, simulant une phthisie laryngée ; dysphagie ; pas de dyspnée ; respiration bronchique aux deux sommets de la poitrine.

Anévrysme du volume d'un œuf, développé à la partie posté-

rieure et inférieure de la crosse. Erosion des vertèbres. Rétrécissement cancéreux de l'œsophage comprimant la trachée et les récurrents.

OBS. LXV. — Ball. Société anat. 1857.

Homme, 45 ans. — Hématémèses répétées pendant 15 jours. Anévrysme volumineux occupant la presque totalité de l'aorte thoracique; développé en arrière et à droite; pas de rupture. Erosion profonde des vertèbres ; pas d'adhérences à l'œsophage. Ulcération à la petite courbure de l'estomac.

OBS. LXVI. — Demeaux. Société anatomique. 1842.

Chez un malade mort de pneumonie, on constate une poche anévrysmale considérable étendue de la 3e à la 7e vertèbre dorsale. Ulcération profonde des corps vertébraux.

OBS. LXVII. — Popham. *Archives de médecine*. 1858.

Homme, 39 ans. — Douleurs anciennes dans la région dorsale; palpitations; impulsion cardiaque très forte, plus étendue, voussure, souffle aux deux temps. Cœur refoulé à droite. Dyspnée. Pouls petit. Mort par épuisement ; épanchement péricardique.

Tumeur volumineuse située en arrière du cœur. Adhérences au péricarde distendu par de la sérosité. Cœur refoulé, légèrement hypertrophié ; valvules saines. Erosion de plusieurs vertèbres.

OBS. LXVIII. — Douglas. London. Med. Gaz. *Gazette des Hôpitaux*. 1842.

Homme, 43 ans. — Gêne de la respiration ; battements cardiaques énergiques ; impulsion forte ; souffle aux deux temps ;

battements des artères carotides. Diagn. : hypertrophie cardiaque. Mort brusque par hémorrhagie cérébrale.

Anévrysme volumineux situé derrière le cœur; développé à la face postérieure de l'aorte thoracique de la 7[e] à la 11[e] vertèbre dorsale Au dessous du diaphragme deux anévrysmes à l'origine du tronc cœliaque et de la mésentérique supérieure. Cœur non hypertrophié. Epanchement de sang dans l'hémisphère droit du cerveau et le ventricule latéral.

— Imp. de P. [illegible], rue [illegible]


LANE MEDICAL LIBRARY
To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.